

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude du Jéquirity;

par le Dr A. A. FOUCHER.

Il y a quelques mois, M. de Wecker communiquait à l'Académie des Sciences une note dans laquelle il faisait connaître certaine propriété d'une plante brésilienne désignée sous le nom de *Jéquirity*, ou *liane à réglisse*. Quelques expériences venaient de lui démontrer que l'infusion (1) des graines de cet arbuste, appliquée sur la conjonctive, a pour effet d'y déterminer une inflammation purulente, ou mieux croupale, qui peut être utilisée dans le traitement du pannus et des granulations de la conjonctive. L'inoculation du pus blennorrhagique, efficace dans le traitement de certains cas désespérés de pannus complet de la cornée, mais limité à un nombre restreint de malades et d'un emploi répugnant, parfois même dangereux, allait être supplantée par l'ophthalmie purulente factice, produite par le jéquirity. De plus, nous allions posséder un remède efficace, non-seulement dans les cas désespérés de pannus, mais même dans ces cas d'un pronostic moins fâcheux où la cornée est seulement menacée ou à peine envahie. Ce fut une révélation importante faite au monde ophthalmologique et au monde médical européen, nous pourrions ajouter au monde médical de l'univers, puisque, même au Brésil, les effets thérapeutiques du jéquirity étaient à peine connus. La question tirait surtout son importance du fait que les granulations comptent pour beaucoup dans la statistique des maladies oculaires, que cette maladie offre une durée souvent très longue, qu'elle est d'une gravité incontestable, que les traitements employés sont ou trop actifs, ou trop lents. Trop actifs lorsque, sous forme de pus blennorrhagique, ils exposent à une destruction de l'œil; trop lents lorsque, sous forme de sulfate de cuivre, d'acétate de plomb ou de nitrate d'argent, ils ne réussissent qu'à entraver la marche de la maladie ou à ne la guérir qu'après des mois et des années.

Le traitement des granulations chroniques a toujours été une question très importante et pour le médecin et pour le patient. En effet, c'est à la présence des granulations sur la conjonctive palpébrale que sont dus la plupart de ces pannus qui, jusqu'à présent, se sont montrés si rebelles à tout traitement. Aucun médecin n'ignore tous les désordres qu'entraîne, sur la cornée, ces frottements continuels des aspérités de la conjonctive. Pour peu que cet état dure, la cornée se couvre de vaisseaux, s'infiltré et s'érode; il en résulte des abcès, des ulcères qui compromettent quelquefois gravement les fonctions de la vue. Cette maladie se prolonge bien souvent des mois et des années, et, pendant tout ce temps, nous sommes aux prises avec une affection qui dérouté tous nos plans de traitement, qui apporte le découragement de part et

(1) Les mots *infusion*, *solution*, *macération* de jéquirity sont ici employés comme synonymes.

d'autre et détruit toute la confiance que le malade doit avoir en son médecin. La conjonctivité granuleuse est surtout fréquente parmi la classe pauvre; ce fait est de nature à assombrir davantage le tableau de la maladie. On conçoit facilement les inconvénients qui en résultent dans certains cas particuliers. La conjonctivite granuleuse et surtout le pannus, par les troubles de la vue qu'ils causent, excluent du travail; or, ce repos forcé prive bien souvent des familles de leur soutien. Si l'affection dure longtemps, le résultat est encore plus fâcheux; on sait, en effet, que les granulations qui persistent longtemps font courir de grands risques à la cornée. Pour que cette membrane puisse remplir ses fonctions, c'est-à-dire servir efficacement au passage des rayons lumineux, il faut qu'elle soit transparente, surtout vers son centre. Le moindre dépoli, les moindres taches du centre de la cornée rendent la vision défectueuse. Il est donc très important de guérir rapidement les granulations. Si la cornée n'est pas encore atteinte au moment où le malade se présente pour subir son traitement, il faut se hâter de détruire les aspérités de la conjonctive et de prévenir le pannus et ses conséquences. Si le pannus accompagne déjà les granulations, il faut encore se hâter de le faire disparaître. Les vascularisations plus ou moins anciennes et étendues de la cornée laissent presque toujours des traces de leur passage sur cette membrane. Ces traces sont des troubles diffus de la cornée, d'autant plus saturés que le pannus existe depuis plus longtemps. Il faut donc s'efforcer de prévenir les complications cornéennes, et une fois qu'elles sont déclarées, de les faire disparaître le plus tôt possible. Le précepte paraît d'un accomplissement facile, mais à venir jusqu'à ce jour, l'arsenal de traitements employés pour combattre les granulations et leurs conséquences a été plus considérable par le nombre que par la valeur. Parmi les plus importants, citons le sulfate de cuivre. Le cristal de sulfate de cuivre, promené à la surface des granulations deux ou trois fois par semaine, a été le plus vanté et le plus usité des traitements de la conjonctivite granuleuse. On sait quel est le résultat de ces cautérisations douloureuses; il est loin d'être encourageant. Nous ne voulons pas mépriser un traitement qui impose le respect par son âge (les sels de cuivre étaient en usage, pour le traitement des granulations, au 2^{me} siècle de l'ère chrétienne), et par les services qu'il nous a rendus, mais nous devons avouer qu'il faut l'employer pendant trop longtemps et trop souvent en pure perte. Ce sont les malades atteints de granulations que nous voyons pendant des années à la même clinique; ce sont ces malades qui, pris de découragement, se promènent de clinique en clinique pour nous revenir bien souvent dans le même état qu'ils étaient au moment de leur départ.

Parmi les autres traitements employés contre les granulations, citons encore l'inoculation de pus blennorrhagique sur la conjonctive, dans le but de déterminer une ophthalmie purulente. Ce traitement, en apparence barbare, mais dont l'efficacité est reconnue, a d'abord été mis en usage dans les cas de kérato-conjonctivites granuleuses chroniques, dans ces cas rebelles où tout autre traitement était reconnu impuissant. Ce fut le professeur F. Jaeger père, de Vienne, qui, en 1840, proclama le premier les bons effets de l'ophthalmie purulente dans la cure des granulations. Jaeger avait remarqué que certains patients atteints en même temps de blennorrhagie et de conjonctivite granuleuse

Heuse s'étaient guéris de cette dernière maladie par auto-inoculation de pus d'urétrite sur la conjonctive. La connaissance de ce fait et des premiers résultats favorables de Jaeger s'étant rapidement répandue, on ne tarda pas à enregistrer de nouveaux succès en Angleterre, en Belgique, en Italie et en Amérique. En France on se montra plus susceptible. La question de sentiment prima toutes les autres; on considérait ce traitement comme immoral et irrationnel. Cependant, on finit par se rendre à l'évidence; en 1873, M. Brière, du Havre, appuyé par de nombreux cas de succès, plaida éloquemment en faveur du pus blennorrhagique dans le traitement des granulations. Aujourd'hui, cette pratique est plus généralement suivie en France, et M. Worlomont, de Bruxelles, n'a pas peu contribué à faire connaître et apprécier l'efficacité de ce traitement dans les cas appropriés. Ces cas appropriés sont ceux où il y a granulation et où le pannus est complet, épais et binoculaire, et où il n'existe ni ulcération, ni staphylômes cornéens, ni xérosis conjonctival. Nous nous trouvons donc à exclure du traitement un grand nombre, sinon la majorité des trachômes et pannus de la cornée. En effet, le pannus est rarement complet au point de masquer l'iris; il est rarement binoculaire. Pour rendre ce traitement plus général, il fallait pouvoir maîtriser l'ophtalmie purulente à volonté et prévenir l'inoculation dans les cas où l'un des yeux est sain. On a proclamé le nitrate d'argent comme infailible dans le traitement de l'ophtalmie purulente; contre le danger d'inoculation à l'œil sain, on a proposé le *Monocle de Mauvel*. De l'aveu même de celui qui a le plus vanté les bons effets du nitrate d'argent pour maîtriser l'ophtalmie purulente, il n'y a pas de certitude absolue. M. Abadie, l'auteur, serait plus satisfait si on pouvait atténuer la virulence du pus inoculé. Ce pus est celui d'une ophtalmie purulente ou blennorrhagique ou bien de l'urétrite blennorrhagique elle-même. Il doit être frais et recueilli dans la période aiguë de ces affections. Il faut s'assurer que le pus ne vient pas d'un chancre du canal. L'effet du pus blennorrhagique sur la conjonctive est de déterminer une autre conjonctivite purulente intense qui suit la marche des conjonctivites purulentes ordinaires.

Cette pratique n'est pas toujours avouable, surtout chez une certaine classe de patients; elle est quelque fois suivie d'accidents regrettables. Le fascicule de septembre et octobre 1882, des *Annales d'Oculistiques de Bruxelles* contient une note de M. Abadie, dans laquelle un confrère d'Algérie raconte dans les termes suivants un malheur arrivé à la suite d'une inoculation de pus blennorrhagique sur la conjonctive: "Je suis encore sous l'impression pénible d'une épreuve que je viens de tenter. Un Arabe de trente ans, aveugle, ou à peu près, par kératite leucomateuse de nature granuleuse, pannus, etc., a consenti à l'inoculation et son œil s'est vidé en 30 heures, malgré mes soins, le nitrate d'argent, etc."

Est-on justifiable d'inoculer une maladie aussi violente dans les cas de pannus partiels et monoculaires? Nous croyons qu'il n'est pas prudent de généraliser cette pratique à d'autres cas qu'à ceux où il s'agit de traiter un pannus complet sarcomateux des deux yeux. La conjonctivite purulente se complique trop souvent de perforations cornéennes etc., en dépit des traitements les plus actifs et les mieux suivis. Il vaut mieux, comme le conseille d'abord M. Abadie, chercher à atténuer le virus blennorrhagique ou autre, de manière à ne provoquer sur la con-

jonctive qu'une affection susceptible d'être enrayée facilement. Il faut aussi que la matière à inoculer cesse d'être un danger par sa provenance. Le problème nous semble être déjà résolu. Inutile de chercher à atténuer le virus blennorrhagique ou à le purifier, nous avons en notre possession un médicament nouveau qui remplit ce double but. Le jéquirity jouit de la propriété de déterminer sur la conjonctive une inflammation équivalente à la conjonctivite purulente, mais dont l'effet peut être dosé à volonté.

Le jéquirity ou liane à réglisse croît au Brésil. C'est un petit arbuste dont la racine est employée dans les mêmes cas que la réglisse. Les graines, qui sont rouges, ont un hyle noir, elles sont contenues dans une gousse divisée en autant de compartiments qu'il y a de graines. Cette graine est très dure, elle sert à faire des colliers et des chapelets en Orient. Depuis de longues années, au Brésil et surtout au Ceara, on se sert de l'infusion de ces graines comme traitement populaire dans certaines maladies des yeux. Aux Indes Orientales, les nègres s'en servent dans le même but. M. de Wecker ayant manifesté le désir d'étudier les effets de ce nouveau remède, un patient du Brésil lui en procura et lui indiqua en même temps le moyen populaire de s'en servir. Il en résulta la communication à l'Académie des Sciences dont nous avons déjà parlé.

Aux différents points de vue que nous avons développés plus haut, l'ophtalmologie était intéressée à ce que le jéquirity réalisât les espérances qu'il faisait naître et qui venaient d'être formulées par M. de Wecker. La question intéressait aussi la médecine générale. Elle était même d'une actualité remarquable; en effet, ne signalait-on pas déjà dans l'infusion de jéquirity la présence de gonidies, de spores et de micélium? C'était un pas de fait pour expliquer le mode d'action de certaines inflammations substitutives. On accueillit donc avec empressement la communication de M. de Wecker.

M. Moura Brazil, de Rio-de-Janeiro, a cherché à enlever au savant professeur de la clinique du Cherche-Midi le mérite d'avoir fait connaître le jéquirity en Europe. Il a prétendu s'être occupé de la question du jéquirity en 1881 et a réclamé pour un confrère brésilien, M. le Dr. Castro e Sylva, la priorité de cette étude spéciale faite en 1887. Quoiqu'il en soit, M. de Wecker n'a pas la prétention d'avoir découvert le jéquirity, il ne réclame que le mérite d'avoir donné une impulsion nouvelle à l'étude de ce médicament dans des pays où il n'en avait pas encore été question. On pourrait même ajouter qu'en posant les bases des premières expérimentations, il a, du même coup, selon nous, émis des propositions essentiellement vraies. Ces propositions sont les suivantes :

- 1° Les lotions avec l'infusion des graines de jéquirity donnent une ophthalmie de nature croupale dont on peut doser l'intensité suivant le nombre de lotions que l'on fait et suivant la force de la solution qu'on emploie.
- 2° La cornée ne court aucun risque pendant l'évolution de l'ophthalmie jéquiritique, pourvu qu'on n'augmente pas trop le nombre des lotions et qu'on ne les laisse pas se succéder trop rapidement, surtout s'il s'agit d'une préparation à 5 p. c.
- 3° Incontestablement l'ophthalmie jéquiritique guérit rapidement les gratulations chez nous d'après le mode d'application que nous avons mis en usage.

Des affirmations aussi catégoriques, venant de la part d'un oculiste aussi avantageusement connu que l'est M. de Wecker, ne pouvaient manquer d'avoir un grand retentissement et d'exciter un intérêt immense surtout dans certains pays comme en Belgique où les granuleux abondent. Aussi, dans tous les pays on se hâta de mettre le nouveau médicament à l'épreuve. Aujourd'hui, les travaux parus sur cette question sont déjà en très-grand nombre en Europe, et réunis, pourraient constituer des volumes. Aux États-Unis et au Canada, les oculistes ont fait usage du jéquirity, mais le résultat de leurs observations n'est pas beaucoup connu.

La première observation publiée au Canada sur cette question a été la nôtre. Le 17 novembre 1882, nous avons présenté à la Société Médicale de Montréal, un patient guéri complètement et d'une manière remarquablement prompte d'un trachôme et pannus invétérés, par l'emploi du jéquirity. Plus tard, le 17 mars 1883, cette question fut traitée pour la première fois aux États-Unis, par M. le Dr. Gruening, dans le *Medical Record* de New York. Depuis cette époque, très-peu de travaux traitant du jéquirity ont paru dans ce pays à notre connaissance. Pour notre part, après avoir acquis la certitude que le jéquirity était appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique oculaire, nous avons soumis le traitement à l'épreuve. C'est le résultat de cette étude, commencée en novembre dernier, que nous publions aujourd'hui.

La communication de M. de Wecker à l'Académie des Sciences avait été préparée à la hâte et révélait l'impatience chez son auteur; le jéquirity n'avait pas encore dit son dernier mot, il fallait en étudier les effets d'une manière plus générale et plus détaillée. Il s'agissait de suivre les premières indications données, de les contrôler; il fallait examiner de quelle manière le jéquirity doit être employé; si c'est en infusion, il fallait doser cette infusion, en régler l'application à l'œil et chercher la maladie à laquelle elle convient le mieux. Il fallait encore chercher le principe actif du jéquirity et expliquer son mode d'action. Cette étude était à l'état d'ébauche, au moment où M. de Wecker fit sa communication à l'Académie des Sciences; elle a reçu depuis quelques développements, mais bien des points restent encore à élucider. La question a été agitée au sein des sociétés savantes, mais il n'en est résulté aucun jugement décisif. Vanté par les uns, déprécié par les autres, l'emploi du jéquirity dans les affections oculaires a déjà passé par toutes les phases que parcourent nécessairement les traitements nouveaux. Devons-nous croire qu'il y a eu enthousiasme d'un côté, ou dénigrement systématique de l'autre? Il serait plus juste de supposer que les divergences d'opinion sont dues à un manque d'entente entre les expérimentateurs: les solutions de jéquirity, la manière de les employer et les maladies pour lesquelles elles ont été prescrites, n'étaient peut-être pas les mêmes. Quelques développements feront mieux comprendre notre pensée. La première infusion recommandée par M. de Wecker était dans la proportion de 32 graines pulvérisées pour 500 grammes d'eau froide et 500 grammes d'eau chaude. Plus tard, le même auteur recommandait des infusions plus concentrées, 6 et jusqu'à 15 grammes de poudre de jéquirity pour 500 grammes d'eau froide. Un médecin espagnol, M. le Dr. Osio, a eu l'idée d'employer une pommade composée de 1 gramme de jéquirity pour 30 grammes de vaseline. Nous avons pensé nous-même à appliquer la poudre de jéquirity sur la con-

jonctive palpébrale. Le résultat de ces différentes applications n'est pas le même, comme nos observations le démontrent clairement. La manière d'appliquer le jéquirity offre aussi une grande importance. Le simple lavage de la conjonctive palpébrale supérieure à l'aide d'un pinceau trempé dans l'infusion de jéquirity et passé rapidement sur la conjonctive, n'est pas suivi du même résultat qu'à la suite de badigeonnages avec la même infusion, répétés coup sur coup, suivis d'instillation dans l'œil. Le résultat différera encore si on irrite la conjonctive artificiellement, si on pratique fréquemment des lotions sur l'œil. Il n'est pas indifférent non plus d'ajouter ou non aux lotions de jéquirity l'usage de compresses chaudes ou divers médicaments tel que l'atropine. Enfin, le seul moyen de connaître l'efficacité d'un remède pour une maladie, c'est de l'employer pour cette maladie et non pour une autre. Dans l'étude du jéquirity on a confondu souvent l'hypertrophie des papilles, les granulations hypertrophiques avec les véritables granulations. Ainsi, M. le Dr. Moura Brazil vante le jéquirity contre l'état granuleux des paupières qui succède aux ophthalmies purulentes, tandis que Wecker le vante contre les véritables granulations chroniques sèches. Dans le dernier cas, il s'agit de véritables granulations, tandis que dans le premier cas il s'agit d'une hypertrophie papillaire. Il ne viendra à l'idée de personne de contester à M. de Wecker la précision de son diagnostic, c'est cet auteur qui a le mieux décrit la différence capitale qui existe entre la trachôme vrai et l'hypertrophie des papilles. Une autre question que se sont posée les expérimentateurs est celle-ci : quand faut-il discontinuer les lotions ? A venir jusqu'à présent, chacun a fait à sa guise, il a pu en résulter une différence dans la marche de la maladie. Nous pouvons en dire autant du degré de fraîcheur de l'infusion employée. Une infusion fraîche récente n'a pas la même action qu'une infusion de quelques semaines et encore moins de quelques mois.

Comme on le voit, l'emploi du jéquirity est soumis à beaucoup de considérations d'ordres différents ; il est donc difficile de le juger convenablement en se guidant sur quelques observations isolées. C'est de l'expérience générale, basée sur un plan uniforme d'observation, que nous viendra la vérité sur le compte de la liane à réglisse. C'est aussi en comparant les résultats obtenus par l'inoculation du pus blennorrhagique avec ceux obtenus par le jéquirity dans les pannus complets de la cornée qu'on pourra proclamer la supériorité de l'un ou de l'autre des traitements dans ces cas. Nos observations auront pour effet de démontrer qu'on peut obtenir l'action du jéquirity de plusieurs manières et que cette action est le plus souvent suivie d'un résultat très favorable pour certaines maladies de l'œil et peu favorables pour d'autres, enfin, que nous avons maintenant à notre disposition un nouveau remède des plus précieux dans le traitement de certains cas de granulations avec ou sans pannus de la cornée.

Le jéquirity a été employé par nous de plusieurs manières, mais le plus souvent nous nous sommes servi de l'infusion prescrite par de Wecker et préparée comme suit : 30 graines bien pulvérisées ont été macérées pendant 24 heures dans 500 grammes d'eau froide ; nous avons ajouté, le jour suivant, 500 grammes d'eau chaude, puis nous avons filtré ce liquide immédiatement après refroidissement. La manière dont nous avons appliqué cette infusion est la suivante : Après avoir

renversé la paupière supérieure, nous passions un pinceau trempé dans l'infusion sur la conjonctive palpébrale et nous appuyions fortement le pinceau sur la conjonctive, afin de déterminer un peu d'irritation. Après quoi, le malade recevait ordre de se lotionner l'œil à toutes les heures pendant 6 à 8 heures consécutives. Les premières applications furent faites à l'hôpital, sous la surveillance de l'interne. Après avoir acquis la certitude que le patient peut se faire lui-même des lotions telles que prescrites et qu'il ne peut résulter aucun inconvénient de cette pratique, nous n'avons pas hésité à faire l'application du jéquirity aux malades du dehors. Une autre raison qui nous a engagé à agir de la sorte, c'est que l'obscurité recommandée par M. de Wecker nous a paru n'influencer en rien le résultat du jéquirity. Les lotions ont été appliquées par nos patients de la manière suivante : un linge de toile ou une éponge étant trempée dans l'infusion, on l'appliquait ensuite sur l'œil fermé en frottant légèrement les paupières et en ouvrant l'œil sous la compresse, afin que le liquide pénétrât entre les deux paupières. L'application devait durer à peu près une minute. Afin de supprimer des redites inutiles dans le cours de nos observations, nous ne mentionnerons pas la manière dont le jéquirity a été appliqué par nous et par le malade.

Il est convenu que dans la plupart de nos expériences, nous avons employé presque exclusivement la première infusion prescrite par M. de Wecker et de la manière que nous venons d'indiquer. Toutes les fois que nous aurons jugé à propos d'en agir autrement, nous le ferons connaître au cours de l'observation. Nous remercions cordialement ceux de nos élèves qui se sont associés à nous, dans le présent travail, en rédigeant les observations qui suivent.

OBSERVATION I.

Trachôme et pannus crassus O. D.—(Succès.)

Delima C..., 18 ans, couturière. Maladie des yeux datant de 3 ans; traitée à différentes reprises par plusieurs médecins, sans succès. La maladie s'est aggravée graduellement. Etat actuel : O. D. complètement couvert par une couche épaisse de vaisseaux; pas de perception lumineuse; quelques rares granulations; plusieurs traces de tissu cicatriciel sur la conjonctive palpébrale supérieure. Le 10 novembre, première application du jéquirity.

Après la septième lotion, léger gonflement des paupières; une sécrétion liquide abondante s'échappe de l'œil. L'infusion employée était préparée depuis deux jours. La malade n'a pas été placée à l'obscurité. Le 11 novembre, les paupières sont agglutinées, la sécrétion et le gonflement ont diminué, mucus dans les culs-de-sac conjonctivaux, enduit grisâtre sur la conjonctive palpébrale supérieure, se laissant enlever facilement. Lotions continuées toutes les deux heures.

Le 12 novembre, même état que la veille. Traitement discontinué.

Le 25 novembre, la cornée est éclaircie; on ne voit plus de vaisseaux à sa surface, mais elle reste terne, on voit cependant l'iris par transparence. La malade distingue l'ombre portée par sa main; cette perception lumineuse lui permettrait de se conduire en face d'une lumière vive. Le 28 novembre, une poussée inflammatoire survient dans cet œil. Vascularisation marginale de la cornée, douleur ciliaire. Trait. : atropine trois fois par jour, solution 2 grs. à l'once.

Le 29, mieux.

Le 15 juillet, la guérison du pannus s'est maintenue. La vision n'est pas améliorée à cause de synéchies iriennes complètes, dépôts plastiques dans le champ pupillaire.

OBSERVATION II.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

M. P. S., âgé de 25 ans, batelier, a mal aux yeux depuis 8 ans. Traités à différentes reprises, avec des alternatives de soulagement et de rechutes. Le 3 juillet 1882, le patient se présente à la clinique H. N. D. dans l'état suivant: Granulations conjonctivales abondantes, vascularisation de la cornée O. D. G., photophobie intense. Trait: cautérisations des granulations avec sulfate de cuivre répétées deux fois par semaine. L'atropine, produisant de l'œdème des paupières et augmentant la vascularisation de la cornée, est remplacée avec avantage par la duboisine. Le 2 novembre, la maladie existe encore dans toute son intensité après une série de mieux passagers dans le cours de 4 mois de traitement régulier.

Application du Jéquirity. Le malade suspend le traitement à la 5me lotion de l'infusion préparée depuis trois jours.

Le 3 novembre, les paupières sont rouges, œdématisées, s'écartent difficilement l'une de l'autre. Cils agglutinés par du muco-pus. Un liquide clair coule abondamment sur la joue correspondante. La cornée paraît un peu plus vascularisée. La conjonctive palpébrale supérieure est couverte d'un enduit grisâtre se détachant difficilement de la conjonctive. Sensation de cuisson, de corps étranger dans l'œil. Pas de céphalalgie ni fièvre; le malade a bien dormi. La maladie laissée à elle-même; le 5 novembre les symptômes se sont apaisés; gonflement et sécrétion moindres.

Le 7 novembre, les paupières sont revenues à l'état normal: la cornée s'éclaircit, la sécrétion est redevenue normale.

Le 16 novembre, toute vascularisation cornéenne est disparue; la cornée est grisâtre à la partie supérieure où siègeait le pannus. La conjonctive présente une surface lisse où l'on distingue à peine les traces d'anciennes granulations.

Le 12 mai 1883, la guérison s'est accentuée davantage; la cornée a recouvert sa transparence presque complètement. Le malade se déclare des plus satisfaits.

OBSERVATION III.

Trachôme et pannus crassus. — (Insuccès.)

M. B., 71 ans, atteint de granulations conjonctivales depuis 13 ans. O. D. complètement perdu et recouvert d'une espèce de membrane vasculaire. Conjonctivite intense.

Le 10 novembre, première application d'une infusion de jéquirity préparée depuis 12 jours.

Le 11 novembre, après huit lotions, le remède n'a produit aucun effet.

Le 12 novembre, après seize lotions, on remarque à peine un peu de rougeur des paupières; la sécrétion est à peine augmentée. Traitement discontinué.

Le 25 décembre, l'œil est dans le même état qu'avant l'application du jéquirity.

OBSERVATION IV.

Trachôme et pannus. — (Demi succès.)

Nap. F., journalier, âgé de 17 ans, est atteint d'une maladie d'yeux datant de 3 ans. Alternatives de mieux et de rechutes. Etat actuel: O. D., kératite vasculaire panniforme, couvrant la moitié supérieure de la cornée. Contraction pupillaire, photophobie, sécrétion abondante, granulations couvrant une grande partie de la paupière supérieure.

Le 11 novembre, application de jéquirity.

Le 12 novembre, après sept lotions, les paupières sont œdématisées; une sécrétion muco-purulente abondante s'échappe de l'œil, céphalalgie, insomnie, enduit grisâtre de la conjonctive palpébrale supérieure; la cornée n'est pas changée. Traitement discontinué.

Le 13, la sécrétion n'est pas aussi abondante, les fausses membranes n'existent plus, le gonflement est diminué, la cornée est moins vascularisée, les granulations sont moins visibles.

Le 16 novembre, nouvelle application de jéquirity. Après sept lotions, l'œil redevient dans le même état qu'après la première. Traitement discontinué.

Le 25 novembre, la cornée n'est presque plus vascularisée, les granulations ne sont pas complètement disparues. Le malade est beaucoup mieux; il n'a plus de photophobie et voit mieux.

Le 20 décembre, l'amélioration s'est continuée: le malade voit de mieux en mieux, il persiste encore quelques granulations.

OBSERVATION V.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

D. C., la même que Observation I. Etat actuel O. G.: Vascularisation comprenant les 2/3 de la cornée, granulations épaissies sur la conjonctive palpébrale supérieure. La malade est réfractaire à l'action de l'atropine.

Le 13 novembre, jéquirity frais. Après sept lotions, les paupières se gonflent, la sécrétion apparaît.

Le 14 novembre, paupières peu gonflées, enduit grisâtre de la conjonctive, pas de douleurs. Rien à noter du côté de la cornée. Traitement discontinué.

Le 14 novembre, les symptômes s'apaisent.

Le 15 novembre, la cornée est moins vasculaire.

Le 25 novembre, la cornée est éclaircie, les granulations sont à peine apparentes.

Le 15 juillet, l'état de la cornée s'est encore amélioré; la conjonctive est à l'état normal. La malade se déclare très satisfaite.

OBSERVATION VI.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

P. S. — Voir Observation II, pour O. D. — Le patient demande le jéquirity pour son œil gauche. Etat actuel: demi pannus et granulations très nombreuses, état inflammatoire de toute la conjonctive, photophobie, eczéma des paupières, écoulement abondant de larmes. Le 20 nov., 1ère application d'une infusion de jéquirity datant de deux jours. Le 21, après 5 lotions, paupières fortement œdématisées, chémosis, sécrétion *muco purulente* abondante, infiltration grisâtre de la conjonctive palpébrale supérieure.

Le 22, le pannus commence à pâlir, les autres symptômes s'apaisent.

Le 29, l'œil n'est presque plus enflammé, la cornée est éclaircie, les granulations sont affaissées. L'O. G. est à peu près dans le même état que l'O. D.

Le 5 avril, la guérison s'est accentuée davantage, les cornées sont complètement claires. Le malade se déclare satisfait.

Le 17 juillet, le patient est toujours bien.

OBSERVATION VII.

Trachôme et pannus. — (Insuccès.)

L. L., cultivateur, âgé de 42 ans, a mal aux yeux depuis 4 ans. Alternatives de mieux et de rechutes. Etat actuel O. G.: Trachôme diffus et pannus, avec staphylôme de la cornée. Le 21 décembre, première application, avec une solution préparée le 18 novembre. Après la sixième lotion l'œil commence à devenir douloureux, il s'y produit une sécrétion abondante.

Le 22 décembre, les paupières agglutinées ne sont pas gonflées, il n'y a pas d'exsudats à la surface de la conjonctive. Six nouvelles lotions.

Le 23, l'œil du patient est dans le même état que la veille.

Au bout de deux semaines, le malade laisse le service dans le même état qu'à son arrivée.

OBSERVATION VIII.

Trachôme et pannus.—(Succès.)

L. T., 41 ans, a mal aux yeux depuis 4 ans. Alternatives de mieux et de rechutes. A subi l'opération de la cantoplastie sans succès. Etat actuel O. D.: le bord palpébral est œdématisé, la cornée est presque couverte de vaisseaux, il y a douleur, photophobie et sécrétion abondante de larmes. Peu de granulations. Le 23 décembre, première application du jéquirity, en irritant mécaniquement la conjonctive avec une brosse à dents.

Le 24, après quatre lotions, injection épisclérale intense, œdème palpébral, cornée plus vascularisée. Avec de la douleur dans l'œil, sensation de chatouillement, enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 25, les symptômes sont apaisés, quatre autres lotions sont ordonnées. Le 26 décembre, œdème considérable des paupières, chémosis, sécrétion muco-purulente. Pas de céphalalgie ni fièvre.

Le 28, les symptômes sont apaisés, la cornée est moins vascularisée. L'enduit grisâtre persiste. Traitement discontinué.

Le 20 février, la cornée est transparente dans toute son étendue. La conjonctive palpébrale est normale, pas de trace de granulations. La malade se dit mieux qu'elle n'a jamais été.

Le 26 mars, le 10 mai, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IX.

Conjonctivite catarrhale et hypertrophie papillaire.—(Insuccès.)

Jos. B., âge de 26 ans, a mal aux yeux depuis un an. Etat actuel O. D.: un peu de keratite marginale, hypertrophie papillaire, photophobie et sécrétion catarrhale. Le 23 décembre, première application, avec solution de deux jours. Après trois lotions le malade suspend le traitement.

Le 24 décembre, peu d'effet, c'est à peine si la conjonctive sécrète un peu plus. Seconde application.

Le 25, après cinq autres lotions, les paupières sont œdématisées, sécrétion plus abondante, pas d'enduit grisâtre. La cornée n'a subi aucune altération.

Le 3 janvier, la cornée est devenue comme avant la rechute.

Le 15 mars, nouvelle rechute, pannus commençant. Nouvelle application d'une vieille solution de jéquirity, irritation mécanique de la conjonctive avec une brosse à dents.

Le 19, après six lotions, l'effet s'est produit d'une façon plus intense que jamais, gonflement des paupières, pas de chémosis, cornée exsangue, écoulement abondant.

Le 20 mars, l'œil a repris à peu près son état normal.

Le 21 mars, le malade reprend ses occupations.

Le 25 mars, la cornée est aussi claire qu'elle l'était avant la première rechute.

Le 5 mai, nouvelle rechute de pannus. Traitement discontinué.

OBSERVATION X.

Pannus scrofuleux sans traces de granulations ni hypertrophie des papilles.—(Demi succès.)

A. C. L., âgé de 35 ans, a mal aux yeux depuis 5 ans; a eu des alternatives de guérison et de rechutes pendant les trois dernières années. En juillet dernier, la cornée gauche s'est vascularisée à sa partie supérieure; pas de granulations, très peu d'hypertrophie papillaire (sujet scrofuleux). Douleurs ciliaires, abcès cornéen. L'abcès s'étendit et laissa place à une vaste ulcération. Guérison lente à la suite de paracentèses répétées de la cornée et l'usage de l'ésérine. Après deux mois de traitement, l'ulcère est cicatrisé, laissant une tache saturée, mais très étendue.

Le 23 décembre, rechute de pannus avec abcès cornéens. La cornée est

couverte dans sa moitié supérieure. Pas de granulations. Première application (solution de deux jours).

Le 24 décembre, après six lotions, paupières gonflées, sécrétion abondante, pas de douleur, pas d'enduit grisâtre. Seconde application.

Le 25, après six autres lotions, gonflement plus considérable que la veille, paupières dures, sécrétion muco-purulente, enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 27, les symptômes sont apaisés, la cornée s'éclaircit.

Le 29, les enduits grisâtres sont disparus.

OBSERVATION XI.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

J. A., 31 ans, a mal aux yeux depuis 18 mois et a été traité pendant tout ce temps inutilement. Etat actuel: O. D. trois abcès cornéens vascularisés, photophobie, douleur ciliaire, granulations véritables en assez grand nombre. Le patient est réfractaire à l'atropine: première application de jéquirity le 21 décembre, avec une solution de 3 jours. Irritation artificielle de la conjonctive.

Le 25 décembre, après quatre lotions, le patient éprouve des élancements dans l'œil, il y a sécrétion abondante, gonflement œdémateux des paupières, elles sont fermées, une sécrétion blanchâtre tombe goutte à goutte sur la joue, il y a chémosis, enduit grisâtre sur la conjonctive, la cornée est un peu plus vascularisée, des douleurs se font sentir dans la joue, les dents, la mâchoire, difficulté de manger, mouvements de l'œil douloureux.

Le 25, le malade laisse le service dans l'état suivant: cornée moins vascularisée, les abcès sont transformés en petits ulcères transparents, la sécrétion est peu abondante, les enduits grisâtres sont disparus, les granulations sont affaïssées.

Le 20 mars, les granulations sont totalement disparues, la cornée n'est plus vascularisée, il existe des taies cornéennes à l'endroit des ulcères; le malade, beaucoup mieux, demande le même traitement pour l'autre œil.

OBSERVATION XII.

Trachôme et pannus. — (Demi succès.)

N. F., (voir Observation IV, pour œil droit.) O. G. Etat actuel: Kératite vasculaire embrassant le tiers supérieur de la cornée, granulations conjonctivales, photophobie, larmolement.

Le 27 décembre, première application de jéquirity.

Le 28 décembre, après sept lotions, œdème palpébral, enduit grisâtre de la conjonctive, sécrétion muco-purulente.

Le 3 janvier, tout est rentré dans l'ordre; le pannus est en partie disparu.

Le 10 janvier, les granulations sont à peine visibles; il persiste encore une légère vascularisation cornéenne.

Le 17 janvier, les cornées sont dans un état satisfaisant; le malade se déclare satisfait.

OBSERVATION XIII.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

F. L., (Observation VIII O. D.) Etat actuel O. G.: Bord palpébral œdématié, cornée presque couverte de vaisseaux, douleur, photophobie, sécrétion.

Le 3 janvier 1883, première application de jéquirity avec une infusion de 2 jours. Irritation mécanique de la conjonctive. Après quatre lotions, irritation très forte de l'œil.

Le 4 janvier, injection considérable, œdème palpébral, cornée plus vascularisée, enduit grisâtre. Traitement discontinué.

Les autres jours, la maladie décroît.

Le 20 février, plus de traces de granulations ni de pannus.

Le 26 mars, le mieux s'est continué.

OBSERVATION XIV.

Trachôme et pannus. — (Insuccès.)

M. E. B., 38 ans, peintre, a mal aux yeux depuis 2 ans. Traitée à différentes reprises, la maladie a plutôt augmenté que diminué. Etat actuel O. D.: Granulations conjonctivales, kératite vasculaire marginale, abcès limités de la cornée, épaissement induré des paupières, douleur et photophobie. Première application de jéquirity le 26 janvier, avec solution de deux jours. Irritation mécanique.

Le 28, la cornée est claire; à la place des abcès, de petits ulcères transparents. Les paupières se restaurent; la photophobie persiste, ainsi que les douleurs.

Le 4 février, l'état du malade n'est pas amélioré. Il part pour la campagne et revient le 3 mars. La cornée est plus vascularisée que jamais, d'autres abcès ont surgi. Le traitement au jéquirity est discontinué.

OBSERVATION XV.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

J. A., le même que Observation XI, pour l'œil droit O. G. Etat actuel: vascularisation de la moitié supérieure de la cornée; deux points d'abcès, photophobie, larmolement, paupières à demi fermées.

Première application de jéquirity, le 20 mars, avec une infusion préparée depuis un mois. Irritation mécanique. Après sept lotions, l'œil est à peine irrité, la sécrétion peu augmentée. Traitement continué.

Le 22 mars, après sept autres lotions, un peu plus d'effet que la veille, mais pas d'œdème ni d'enduit grisâtre comme la première fois.

Le 23, le patient part pour la campagne. Le 17 avril il revient. Son œil est un peu moins vascularisé, ses granulations sont un peu diminuées; le malade demande une seconde application.

Le 18 avril, nouvelle application avec une infusion fraîche. Après la sixième lotion, œdème envahissant les paupières et la joue, douleurs s'irradiant aux dents, à la mâchoire, enduit jaunâtre de la conjonctive, sécrétion abondante, chémosis, paupières à peu près fermées.

Le 19, les symptômes se sont apaisés.

Le 20, le patient ouvre l'œil; l'œdème est en partie disparu. La cornée est exsangue, les fausses membranes persistent.

Le patient part pour la campagne.

Le 10 juin, la cornée est aussi claire que l'autre; il n'y a plus de granulations.

OBSERVATION XVI.

Trachôme et kératite marginale. — (Succès.)

D. B., 16 ans, servante, a mal aux yeux depuis 3 ans. Etat actuel, O. D., deux petits points d'abcès à la marge de la cornée, vascularisation très peu étendue au bord cornéen; pas de photophobie ni fortes douleurs. La paupière supérieure est parsemée de granulations. Première application de jéquirity, le 22 mars, avec une vieille infusion sentant mauvais.

Le 23: après 7 lotions, aucun effet; nouvel essai.

Le 24, rien de changé; une nouvelle série de 7 lotions.

Le 25, pas d'effet.

Le 26, application d'une infusion fraîche.

Le 27, après 8 lotions, les paupières sont œdématisées; la sécrétion est abondante, il y a enduit grisâtre de la conjonctive; la cornée est la même. Il y a peu de douleurs.

Le 29 mars, l'œil est revenu un peu à son état normal; l'enduit grisâtre persiste.

Le 2 avril, la cornée est exsangue; les granulations paraissent affaissées mais elles sont encore visibles.

Le 17 juillet, la cornée est devenue complètement transparente; les granulations sont disparues.

OBSERVATION XVII.

Trachôme et pannus.—(Succès.)

D. B., Voir Observation XVI, pour O. D.

Le 2 avril, O. G. état actuel; kératite marginale, granulations abondantes. Première application avec infusion fraîche.

Le 3 avril, après 8 lotions, œdème des paupières, sécrétion abondante, muco-purulente, enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 7 avril, l'œil est revenu à son état primitif; les granulations sont affaissées, la cornée est exsangue.

Le 17 juillet, la cornée est à l'état normal; il n'y a plus de granulations.

OBSERVATION XVIII.

Kératite vasculaire sans granulation; état inflammatoire aigu.—(Insuccès.)

J. G., ouvrier employé dans une manufacture de tabac, a mal aux yeux depuis 3 ans. Déjà traité à la clinique; réfractaire à l'atropine. Une cantoplastie a amené une amélioration en octobre. Récidive en avril.

Etat actuel, O. D., le 2 avril:

Taies cornéennes résultant d'abcès. Vascularisation cornéenne laissant voir l'iris, douleurs ciliaires, photophobie, larmolement; 1ère application de jéquirity, le 2 avril, avec infusion fraîche. Après 7 lotions, œdème palpébral, sécrétion muco-purulente, enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 8, les symptômes sont apaisés.

Le 10, l'œil est dans le même état.

Le 20 avril, aucun soulagement n'est signalé. Les lésions cornéennes sont les mêmes, non aggravées; les douleurs, la photophobie et le larmolement persistent quoique à un moindre degré,

OBSERVATION XIX.

Kératite vasculaire aiguë.—(Insuccès.)

J. G., Voir Observation XVIII, pour O. D.

Le 8 avril, état actuel O. G.: le même que pour O. D.: 1ère application de jéquirity.

Le 9, après 7 lotions, le même effet est obtenu que pour l'O. D. La marche de la maladie est absolument la même.

Le 20 avril, l'œil est dans le même état qu'au moment de la 1ère application. La maladie des deux yeux a disparu plus tard sous l'effet d'un autre traitement.

OBSERVATION XX.

Trachôme et pannus.—(Succès.)

L. M., 27 ans, teinturier, a mal aux yeux depuis 8 ans; état actuel, O. D.

Le 10 avril: Granulations abondantes, paupière tombante, dépoli marginal de la cornée; 1ère application de jéquirity, le même jour, avec une solution fraîche.

Le 11, après 7 lotions, gonflement œdémateux des paupières, enduit grisâtre de la conjonctive, sécrétion muco-purulente.

Le 12, les symptômes s'apaisent; pas de complication cornéenne.

Le 15, les granulations sont affaissées.

Le 20 avril, on ne les voit presque plus; le malade se sent soulagé.

Le 17 juillet, les granulations sont à peine visibles.

Le 15 août, l'œil est dans un état satisfaisant ainsi que la conjonctive.

OBSERVATION XXI.

Trachôme et kératite vasculaire.—(Succès.)

Frs. Lef., 36 ans, mendiant.

Le 10 avril, état actuel, O. D.: Granulations abondantes, kératite marginale

et photophobie, impossibilité d'ouvrir les yeux. Atrophie du nerf optique. Première application de jéquirity avec une vieille solution de 2 mois.

Le 11 avril, après 8 lotions, aucun effet.

Le 12 avril, application d'une solution fraîche.

Le 13, après 6 lotions, effet considérable, gonflement œdémateux des paupières, sécrétion muco-purulente, enduit grisâtre de la conjonctive; gonflement de la joue, douleurs de dents.

Le 14, les symptômes s'apaisent.

Le 17 avril, le malade ouvre un œil: granulations affaissées, pas de complications cornéennes.

Le 12 mai, granulations peu visibles: le malade part.

Le 20 août, les granulations sont disparues en grande partie: la cornée est intacte.

OBSERVATION XXII.

Trachôme et kératite vasculaire.—(Succès.)

Frs. Lef. Voir Observation XXI pour O. D. L'O. G. est dans le même état qu'était l'O. D. Le 13 avril, 1ère application avec une solution fraîche.

Le 18, effet considérable, le même que pour O. D.; la marche de la maladie est aussi à peu près la même.

Le 12 mai, granulations peu visibles: le malade part.

Le 20 août, les granulations sont à peine visibles, disparues complètement par places: la cornée est intacte.

OBSERVATION XXIII.

Trachôme et pannus.—(Succès.)

L. M..., Voir observation XX pour O. D. O. G., état actuel, le 20 avril, paupières tombantes, cornée vascularisée et dépolie, la conjonctive palpébrale est parsemée de granulations saillantes. Première application de jéquirity avec une solution fraîche.

Le 21 avril, après sept lotions, paupières gonflées, léger chémosis, sécrétion abondante, enduit grisâtre.

Le 22 les symptômes s'apaisent.

Le 27 les granulations sont affaissées, la cornée est exsangue.

Le 17 juillet, la guérison n'est pas encore complète. Nouvelle application de jéquirity avec une solution fraîche.

Le 18, même effet que précédemment. La maladie est laissée à elle-même.

Le 1 août, application d'une infusion de deux jours, instillation dans l'œil à toutes les heures.

Le 3 août, moins d'effet qu'après la première application.

Le 4 août, nouvelle application avec une solution de dix pour cent.

Le 5 août, peu d'effet. Nouvelle application de la même préparation. Le 6, état de l'œil le même que la veille. Le 8, nouvelle lotion avec irritation conjonctivale. Le 9, la conjonctive est plus rouge, mais on ne remarque pas d'enduit grisâtre, ni de gonflement des paupières.

Le 25 août, le malade se déclare satisfait. La cornée et la conjonctive sont mieux.

OBSERVATION XXIV.

Trachôme et pannus.—(Insuccès.)

J. S..., âgé de 39 ans, a mal aux yeux depuis cinq ans. Etat actuel O. D.: Trachôme et pannus complet, perforation cornéenne, photophobie, douleurs considérables et blépharophimosis.

Le 21 avril, O. D. traitement avec le jéquirity en poudre très fine. La poudre est déposée sur la conjonctive palpébrale supérieure à l'aide d'un pinceau et laissée en place pendant quelques secondes. Le malade ne ressent aucune douleur.

La conjonctive est lavée de façon à ne pas laisser de poudre de jéquirity entre les paupières. Au bout de huit heures, les paupières se gonflent, le larmolement commence, le malade éprouve une sensation de cuisson dans l'œil.

Le 22 l'effet est en tout comparable à celui produit par l'infusion fraîche. Enduit grisâtre de la conjonctive, œdème et sécrétion, tout est exactement la même chose.

Le 27 avril, la cornée est dans le même état qu'elle était avant le traitement, ainsi que les granulations. La photophobie est considérable. Le malade part pour la campagne.

OBSERVATION XXV.

Trachôme et pannus.—(Insuccès.)

J. G... Le même que le précédent. G. G. traité de la même manière avec la poudre de jéquirity, le 22 avril. Effet exactement le même.

OBSERVATION XXVI.

Granulations sèches.—(Succès.)

Jas. F..., 20 ans, boucher, a mal aux yeux depuis six ans. État actuel O. D. La cornée n'est pas vascularisée mais dépolie, granulations abondantes, forme sèche. Le 24 avril, première application de jéquirity avec une infusion fraîche.

Le 25, après huit lotions, l'effet est obtenu au degré ordinaire, rien de particulier dans le gonflement, etc.

Le 10 mai, les granulations sont un peu disparues, le malade se sent soulagé.

Le 10 juin, les granulations sont à peine visibles.

Le 3 juillet, il n'en reste aucune trace.

OBSERVATION XXVII.

Granulations.—(Succès.)

Jos. C..., journalier, 33 ans, trachôme et ulcère de la cornée O. D. Traitement avec une infusion préparée depuis 15 jours. Sans aucun résultat.

Le 10 mai, application de poudre de jéquirity sur la conjonctive palpébrale de la même manière que relatée dans les Observations 24 et 25, à l'exception que dans ce cas-ci, la paupière fut renversée avant d'avoir été débarrassée de la poudre. Quelques minutes plus tard, la conjonctive fut lavée de manière à ne pas laisser de poudre entre les paupières. Les grains de jéquirity sont restés en partie adhérents à la conjonctive palpébrale, retenus en place par une espèce de fausse membrane hyaline. Ils sont enlevés soigneusement. Une vive irritation se produit immédiatement. Au bout de huit heures, le malade est revu.

La paupière supérieure est en ptosis complet, œdématisée, pas de chémosis, fausses membranes sur la conjonctive supérieure, la conjonctive palpébrale en est complètement couverte.

Le 11 mai, les symptômes ont augmenté pendant trois heures. La veille, après la visite, les douleurs ont été considérables. Aujourd'hui, elles sont diminuées. La cornée présente deux petits points d'abcès à sa marge.

Le 12, la maladie décroît; les points grisâtres de la cornée sont transformés en petits ulcères; rien de particulier à noter.

Le 13, les symptômes s'apaisent.

Le 20 mai, les granulations sont affaïssées, peu visibles; la cornée est dans le même état qu'auparavant, mais en plus deux petits ulcères qui tendent à la cicatrisation.

Le 27 mai, le malade se sent soulagé, mais il reste encore des facettes cornéennes.

Le 15 août, le malade est dans un état satisfaisant et se déclare mieux qu'il n'a jamais été.

OBSERVATION XXVIII.

Pannus.—(Succès.)

A. P..., 20 ans, a mal aux yeux depuis 2 ans. O. D. Etat actuel : Vascularisation cornéenne occupant sa moitié supérieure, la conjonctive est d'un rouge uniforme foncé sans trace de granulations.

Le 10 mai, application de poudre de jéquirity sur la conjonctive palpébrale supérieure, enlevée immédiatement. Au bout de huit heures, les symptômes ordinaires de l'inflammation jéquiritique se produisent.

Le 11 mai, les paupières, la conjonctive et la cornée sont dans le même état que la plupart des cas traités avec une infusion fraîche.

Le 20 mai, le pannus est en partie disparu ; encore 2 à 3 vaisseaux rampant à la jonction séléro-cornéenne. Le malade se dit soulagé.

Le 15 juin, la cornée est entièrement nettoyée.

OBSERVATION XXIX.

Pannus.—(Succès.)

J. P..., voir Observation XXVIII pour O. D.

O. G. dans le même état que O. D. ; traité le 12 mai avec infusion fraîche.

Le 13, après 7 lotions, l'effet est le même que celui produit dans l'autre œil par la poudre de jéquirity.

Le 20 mai, le pannus est diminué.

Le 15 juin, la cornée est claire.

OBSERVATION XXX.

Catarrhe conjonctival et hypertrophie papillaire.—(Demi-succès.)

A. L..., 31 ans, ferblantier. Etat de l'œil droit : vascularisation marginale, hypertrophie des papilles, photophobie, sécrétion abondante.

Le 20 mai, première application de jéquirity en poudre, sur la conjonctive palpébrale supérieure. La paupière est abaissée avant d'avoir enlevé la poudre. Quelques minutes plus tard, la poudre est encore en place, adhérant à la conjonctive par une espèce de fausse membrane hyaline. Quelques grains se détachent et flottent au sein des larmes dans les culs de sac conjonctivaux.

Lavage complet de l'œil : rien de plus au moment de l'application, si ce n'est une sensation de corps étrangers dans l'œil.

Le 21 mai, le malade raconte qu'il s'est réveillé dans la nuit, 14 heures après l'application ; il n'a pas pu dormir. Les paupières sont gonflées comme dans l'oph. purulente ; sécrétion abondante muco-purulente, infiltration grisâtre de la conjonctive, l'œil est sensible au toucher, frisson et fièvre ; cornée légèrement opaline à la périphérie. Application de glace sur l'œil.

Le 22, les symptômes se sont apaisés, ainsi que le 23 et le 24.

Le 25, le malade ouvre l'œil mieux qu'auparavant. Aucune complication cornéenne ; les papilles sont affaissées.

OBSERVATION XXXI.

Conjonctivite catarrhale et hypertrophie papillaire.—(Demi-succès.)

A. L..., voir Observation XXX, pour O. D.

O. G. dans le même état ; traité avec une infusion fraîche le 22 mai.

Le 23, après 6 lotions, l'effet obtenu est considérable. La maladie suit son cours ordinaire.

OBSERVATION XXXII.

Catarrhe conjonctival et hypertrophie papillaire. (Demi succès.)

H. L..., âgé de 34 ans, a contracté une conjonctivite catarrhale, il y a 8 mois. La maladie a passé à l'état chronique. Le 16 juin, état actuel, O. D. : hyper-

trophie des papilles, aucune complication cornéenne. 1ère application d'une infusion de jéquirity préparée depuis 3 semaines.

Le 17 juin, après 7 lotions, peu d'effet. Nouvelle application avec une solution fraîche. Aucune lotion consécutive prescrite.

Le 18, œdème des paupières, chémosis, sécrétion abondante de muco-pus, enduit grisâtre de la conjonctive, les papilles sont moins apparentes. La cornée est intacte. Le malade a eu un peu de fièvre.

Le 21, l'œil est revenu à l'état normal. Le malade se croit guéri.

Le 3 juillet, les papilles sont disparues complètement à certains endroits ; celles qui persistent sont affaissées.

Le 20 août, rechute. Nouvelle application de jéquirity (macération à froid de 17 grains de poudre de jéquirity pour 8 onces d'eau).

Le 21 août, après 7 instillations, d'heure en heure, les paupières sont œdématisées, la conjonctive est couverte d'un enduit grisâtre, la sécrétion est abondante.

Le 23 août, les symptômes se sont apaisés.

Le 27, le malade est mieux qu'avant le traitement.

OBSERVATION XXXIII.

Granulations et pannus.—(Demi succès.)

G. T., âgé de 15 ans, a mal aux yeux depuis un an. Etat actuel, O. D. : granulations isolées et pannus embrassant la moitié supérieure de la cornée.

Le 18 juin, 1ère application d'une infusion fraîche de jéquirity.

Le 19, après 7 lotions, léger œdème des paupières, sécrétion peu abondante, le malade ouvre l'œil facilement, le pannus s'éclaircit, la conjonctive est couverte d'un enduit blanchâtre très prononcé. L'effet a commencé à se produire après la 4ème lotion, les paupières ont été plus gonflées qu'elles ne le sont maintenant, et la sécrétion a été plus abondante.

Nouvelles lotions prescrites, à être appliquées d'heure en heure.

Le 20 juin, après 7 lotions, l'œdème des paupières est plus considérable que la veille. L'enduit grisâtre de la conjonctive est plus généralisé. Traitement discontinué.

Le 25 juin, le traitement ne paraît pas encore avoir produit d'amélioration. Application de poudre de jéquirity sur la conjonctive palpébrale supérieure, enlevée immédiatement.

Le 26, les paupières sont gonflées, la conjonctive s'est couverte de nouveau d'un enduit grisâtre.

Le 27, les symptômes se sont apaisés. Traitement discontinué.

Le 2 juillet, le pannus est presque complètement disparu, les granulations sont moins apparentes.

Le 30 juillet, rechute de vascularisation cornéenne. Nouvelle application de poudre enlevée immédiatement.

Le 31, paupières légèrement gonflées, muco-pus entre les paupières, enduit grisâtre. Douleurs dans l'œil le matin.

Le 2 août, les symptômes diminuent.

Le 6 août, la vascularisation cornéenne est disparue en partie. Nouvelle application de la poudre enlevée immédiatement.

Le 7 août, peu d'effet, pas d'enduit grisâtre. Nouvelle application de poudre laissée en place pendant une minute et enlevée ensuite avec un pinceau.

Le 8 août, peu d'effet, la conjonctive est un peu moins congestionnée.

Le 25, la cornée est redevenue à peu près à l'état normal, mais il y a encore des granulations.

OBSERVATION XXXIV.

Trachôme et pannus.—(Succès.)

J. G., âgé de 30 ans, a mal aux yeux depuis 8 ans. Etat actuel, O. D. : granulations peu visibles, bourrelet cellulo-vasculaire au bord scléro-cornéen,

vascularisation marginale et trouble diffus de la cornée. Le malade distingue les doigts à 6 pieds.

Le 18 juin, 1ère application de jéquirity (infusion fraîche).

Le 19 juin, après 7 lotions, rougeur des paupières, peu d'œdème, sécrétion peu abondante, muco-pus dans les culs-de-sac, enduit grisâtre de la conjonctive. Traitement discontinué.

Le 25 juin, le bourrelet cellulo-vasculaire est presque complètement disparu, la cornée s'est éclaircie. D'anciennes synéchiés iriennes et des dépôts plastiques dans le champ pupillaire empêchent le malade de voir mieux.

Le 30 juillet, on ne distingue aucune granulation sur la conjonctive. Toute inflammation est disparue : le malade se déclare satisfait.

OBSERVATION XXXV.

Trachôme. — (Succès.)

J. M..., âgé de 31 ans, a mal aux yeux depuis 2 ans. Etat actuel O. G. : paupière supérieure tombante, cornée parsemée de taies peu saturées.

Le 20 juin, 1ère application de jéquirity (solution fraîche). Aucune lotion consécutive prescrite : le patient s'applique des compresses chaudes d'heure en heure.

Le 21, œdème marginal de la paupière supérieure, sécrétion muco-purulente, enduit grisâtre de la conjonctive. Nouvelle application, non suivie de compresses chaudes.

Le 22, rien de nouveau à noter.

Le 27, un peu d'amélioration. Nouvelle application de jéquirity, (1 p. pour 50, macération à froid) sans lotions consécutives.

Le 28, aucun résultat ; 2e application. Même résultat le 29.

Le 30, 3e application en irritant fortement la conjonctive.

Le 1er juillet, l'effet est un peu plus marqué, mais n'est pas considérable.

Le 15 juillet, le malade se déclare satisfait ; la cornée a gagné un peu en transparence, les granulations sont en grande partie disparues.

OBSERVATION XXXVI.

Trachôme et pannus. — (Succès.)

J. G..., âgé de 53 ans, a mal aux yeux depuis 8 ans. Etat actuel, O. G. : entropion de la paupière inférieure, pannus couvrant une grande partie de la cornée, granulations conjonctivales peu visibles.

Le 2 juillet, 1ère application de jéquirity (préparation fraîche).

Le 3 juillet, après 7 lotions, le bord des paupières est œdématié, la sécrétion est abondante, la conjonctive est recouverte d'un enduit grisâtre. La maladie est laissée à elle-même.

Le 10 juillet, la cornée est éclaircie, la conjonctive offre une meilleure apparence, le malade voit mieux.

OBSERVATION XXXVII.

Hypertrophie des papilles. — (Demi-succès.)

M. L... (voir Observation XXXII pour O. D.) Etat actuel, O. G. : granulations hypertrophiques anciennes, très saillantes ; pas de photophobie.

Le 3 juillet, 1ère application de poudre de jéquirity sur la conjonctive palpébrale supérieure, enlevée immédiatement.

Le 4 juillet, œdème palpébral marqué, mais moins considérable qu'il n'a été ; muco-pus dans les culs-de-sac, les granulations paraissent affaissées et sont couvertes d'un enduit grisâtre. Le malade n'a pas dormi, la nuit précédente, à cause de douleurs ressenties dans la tempe et dans l'œil.

Le 6, les symptômes s'apaisent.

Le 10, les granulations sont disparues ; la conjonctive a repris son niveau, la paupière est épaissie et difficile à renverser.

Le 12, la sécrétion diminue; le malade se sent soulagé.

Le 16, le patient part pour la campagne; la guérison n'est pas encore complète.

Le 18 août, rechute de conjonctivite catarrhale. Pas de complication cornéenne. Application de poudre de jéquirity enlevée immédiatement.

Le 19, le malade a souffert pendant le cours de la nuit; les paupières sont légèrement gonflées, la sécrétion n'est pas très abondante, la conjonctive a pâli sans se couvrir de fausse membrane; au bord externe de la cornée, apparaît un petit abcès. Atropine trois fois par jour.

Le 20, le malade se sent soulagée; l'abcès a fait place à une petite ulcération transparente.

Le 23, le mieux se continue.

OBSERVATION XXXVIII.

Trachôme et pannus. — (Demi succès.)

D. Ch..., 27 ans. Etat actuel, O. G.: anciennes granulations et kératite vasculaire partielle.

Le 5 juillet, 1re application de jéquirity (solution fraîche).

Le 6, pas d'effet appréciable.

Le 7, nouvelle application avec une solution de 1 pour 50, sans lotions consécutives.

Le 8, un peu de rougeur des paupières; la sécrétion est peu abondante. 2me application de la même solution.

Le 9, l'effet est un peu plus prononcé. Traitement discontinué.

Le 16, la vascularisation de la cornée est entièrement disparue, les granulations, peu apparentes, sont dans le même état qu'auparavant.

OBSERVATION XXXIX.

Conjonctivite granuleuse. — (Demi succès.)

X. C..., âgé de 9 ans, a mal aux yeux depuis 4 mois. Etat actuel, O. D.: granulations conjonctivales peu abondantes.

Le 11 juillet, 1re application d'une solution fraîche de jéquirity, 1 pour 50.

Le 12, peu d'effet, muco-pus dans les culs-de-sac conjonctivaux, pas d'enduit grisâtre. Nouvelle application.

Le 13, œdème des paupières peu marqué, le malade a éprouvé des élancements dans l'œil. 3me application.

Le 14, augmentation des symptômes déjà mentionnés, la conjonctive sans être couverte d'enduit grisâtre est plus pâle que la veille.

Le 20, l'inflammation est disparue, la cornée est intacte, les granulations sont diminuées.

Le 2 août, les granulations sont en partie disparues.

OBSERVATION XL.

Trachôme et pannus. — (Demi succès.)

Nap. F., âgé de 18 ans, a mal aux yeux depuis 3 ans. Etat actuel, O. D.: vascularisation périphérique de la cornée, granulations abondantes. Le malade est atteint de photophobie, il distingue les doigts à 7 pieds.

Le 23 juillet, 1re application de poudre de jéquirity, enlevée immédiatement.

Le 24, œdème palpébral modéré; enduit grisâtre de la conjonctive, muco-pus dans les culs-de-sac conjonctivaux. Des lotions chaudes, appliquées sur l'œil d'heure en heure, sont prescrites.

Le 25, l'œdème des paupières est plus marqué ainsi que les autres symptômes. Traitement discontinué.

Le 30, la vascularisation cornéenne persiste ainsi que l'enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 20 août, la cornée n'est plus vascularisée, le malade distingue les doigts à 20 pieds.

OBSERVATION XLI.

Conjonctivite catarrhale et hypertrophie des papilles. — (Demi succès).

J. L., âgée de 33 ans, a contracté une conjonctivite catarrhale en juillet 1882. La maladie a passé à l'état chronique. Etat actuel, O. D. : toute la conjonctive palpébrale supérieure est hérissée de granulations hypertrophiques saignantes. Abcès marginal de la cornée, peu étendu.

Le 27 juillet, 1^{re} application de poudre de jéquirity enlevée immédiatement.

Le 28, peu d'œdème des paupières, la sécrétion est abondante, la conjonctive est pâle. La cornée est dans le même état.

Le 30, nouvelle application de poudre de jéquirity enlevée immédiatement.

Le 31, le gonflement des paupières n'est pas plus marqué, les autres symptômes sont les mêmes.

Le 6 août, l'inflammation est en partie disparue. Le malade est mieux qu'avant le traitement.

OBSERVATION XLII.

Conjonctivite catarrhale et hypertrophie des papilles. — (Demi succès).

J. L., voir l'observation XLI pour O. D. Etat actuel, O. G. : le même que pour O. D.

Le 6 août, 1^{re} application de poudre de jéquirity enlevée immédiatement.

Le 7, les paupières sont peu œdématisées, la conjonctive est pâle. La malade a éprouvé de violentes douleurs dans le cours de la nuit.

Le 8, un nouvel abcès de la cornée se déclare. Prescription d'ésérine.

Le 9, l'abcès a fait place à un petit ulcère transparent.

Le 17, les symptômes d'inflammation sont en partie disparus : il reste à peine des traces des ulcérations de la cornée.

Le 25, la malade est mieux qu'avant le traitement.

OBSERVATION XLIII.

Trachôme et pannus. — (Demi-succès.)

Mme B., âgée de 60 ans, a mal aux yeux depuis 8 ans. La maladie a débuté par une conjonctivite catarrhale avec hypertrophie des papilles compliquée d'une kératite vasculaire. Pendant 8 ans, alternatives de mieux et de rechutes. Etat actuel, O. G. : troubles diffus de la cornée, peu saturés, 6 à 7 vaisseaux à la marge de la cornée, aucune granulation distincte, tissu cicatriciel, épaissement de la conjonctive, un peu de sécrétion et de photophobie. Application de poudre de jéquirity, le 6 août, enlevée immédiatement.

Le 7, œdème des paupières, mucus dans les culs-de-sac, enduit grisâtre de la conjonctive des plus marqués.

Le 8, l'enduit grisâtre disparaît par place, la cornée est plus vascularisée, douleur dans l'œil.

Le 9, le gonflement est disparu, la vascularisation diminue ainsi que les enduits de la conjonctive ; la sécrétion est peu abondante.

Le 15, l'irritation est disparue ; la malade est mieux qu'avant l'application du jéquirity.

Le 25, la cornée est plus transparente qu'elle ne l'était le 6 août.

OBSERVATION XLIV.

Excroissance polypéuse de la conjonctive. — (Succès).

Em. F., âgé de 25 ans, se présente à la clinique de l'H. N. D., le 8 août, avec une excroissance polypéuse de la conjonctive. L'excroissance est enlevée d'un coup de ciseaux ; il reste, au point d'insertion sur la conjonctive, une surface rugueuse légèrement soulevée. Application de poudre de jéquirity sur cette surface, enlevée immédiatement.

Le 9, la plaie est couverte d'un enduit grisâtre ; les culs-de-sac sont remplis de muco-pus, les paupières sont gonflées, la conjonctive bulbaire est légèrement injectée.

Le 11, l'enduit grisâtre persiste, le gonflement est plus considérable que la veille ; la malade s'est appliquée des compresses chaudes sur l'œil sans en avoir reçu l'ordre.

Le 13, l'inflammation est en grande partie disparue.

Le 25, il ne reste plus de trace du point d'implantation de la tumeur enlevée.

OBSERVATION XLV.

Trachôme et pannus.—(Demi-succès.)

M. L., âgé de 27 ans, a mal aux yeux depuis plusieurs années. Etat actuel, O. G : ancien trachôme, trichiasis et kératite vasculaire partielle.

Le 11 août, application d'une solution de jéquirity préparée comme suit :

Jéquirity.....	20 grains
Acide salicylique.....	gr. iv
Eau froide.....	ʒii

Filtrez après une macération de 24 heures.

Après 5 lotions sur la paupière, la sécrétion est augmentée : la conjonctive est plus pâle, pas de gonflement des paupières. 4 nouvelles lotions prescrites.

Le 12, douleurs dans le cours de la nuit ; paupières oedématisées, sécrétion abondante, la cornée est dans le même état, la conjonctive est couverte d'un enduit grisâtre. Traitement discontinué.

Le 14 et le 16, la malade est dans le même état que le 12.

Le 20, il y a encore de l'irritation de l'œil ; la malade nous apprend qu'elle a continué à s'appliquer des lotions sur l'œil trois fois par jour sans que nous l'avons prescrit.

Le 25, la cornée s'éclaircit ; la malade voit mieux.

OBSERVATION XLVI.

Trachôme et pannus. — (Insuccès.)

Chs A., âgé de 69 ans. Etat actuel, O. D : ancien trachôme, granulations conjonctivales peu abondantes, léger trouble de la cornée.

Le 17 août, application de jéquirity préparée comme suit :

Jéquirity.....	20 grains
Eau froide.....	ʒii

Cette solution est chauffée jusqu'à l'ébullition pendant une demi minute.

Le 18 août, après 7 lotions et des instillations entre les paupières après chaque lotion, le jéquirity n'a produit aucun effet. La paupière est rouge, mais cette irritation est due au frottement de la peau avec les compresses. Nouvelle série de 7 lotions prescrite.

Le 19 août, peu d'irritation de la conjonctive. Traitement discontinué. Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XLVIII.

Trachôme et pannus.

Eug. R., âgée de 13 ans, a mal aux yeux depuis 1 an. Etat actuel, O. D. : vascularisation occupant les deux tiers supérieurs de la cornée. Il n'y a pas de photophobie ni d'injection considérable de la conjonctive. Les granulations sont saillantes, pâles, elles sont nombreuses.

Le 21 août, application de jéquirity préparée comme suit : 20 grains de jéquirity, mélangés à 2 onces d'eau sont chauffés jusqu'à ébullition puis filtrés. Le poudre restée sur le filtre est traitée par 2 onces d'eau froide et laissée en macération pendant 24 heures. Au bout de ce temps le liquide est filtré de nouveau et cette dernière solution est prescrite à la patiente.

Le 22 août, après 10 lotions, aucun effet. Nouvelle application avec la préparation suivante : 7 grs de jéquirity sont macérés dans 2 onces d'eau froide pendant 24 heures, le jour suivant, on ajoute 2 onces d'eau chaude. L'infusion est ensuite filtrée. La poudre restée sur le filtre est mise en macération pendant 24 heures dans 4 onces d'eau froide. Ce liquide est prescrit à la patiente pour s'en faire des lotions sur l'œil à toutes les heures.

Le 23 août, après 10 lotions, la conjonctive est blanchâtre, mais il n'y a pas de fausses membranes, pas de gonflement des paupières. Nouvelles lotions prescrites avec une solution à froid de 7 grains pour 4 onces d'eau.

Le 24, gonflement considérable des paupières, enduit grisâtre, sécrétion abondante.

Le 25, les symptômes s'apaisent.

OBSERVATION XLIX.

Trachôme et panus.

E. R., voir obs. XLVIII pour O. G.) L'O. D. est dans le même état que l'O. G.

Le 22 août, application d'une solution de jéquirity préparée comme suit :

Jéquirity	7 gr.
Eau froide	5iv.

Macérez pendant 24 heures.

Le 23, après 8 lotions, les paupières sont gonflées considérablement, la sécrétion est abondante, il y a un enduit grisâtre de la conjonctive.

Le 24 et le 25, les symptômes diminuent.

OBSERVATION L.

Kératite phlycténulaire.

M. P., âgée de 3 ans, a mal aux yeux depuis 18 mois. Etat actuel O. G. : pustule vascularisée de la cornée, petites ulcérations à fond grisâtre. Photophobie.

Le 20 août, instillation d'une infusion de jéquirity 7 grains pour 4 onces d'eau froide.

Le 21, après 10 instillations, les paupières sont œlématiées, il y a du mucus entre les paupières.

Le 23, l'œil est dans le même état. Le 25, aucune amélioration.

OBSERVATION LI.

Trachôme.

M. B., âgé de 46 ans, a mal aux yeux depuis une dizaine d'années. Etat actuel, O. G. : la cornée est vascularisée; le patient distingue les doigts à sept pieds. Il y a peu de granulations conjonctivales.

Le 24 août, 1ère application d'une solution de jéquirity 7 grains pour 4 onces d'eau froide.

Le 25, après 8 lotions, les paupières sont œlématiées; il y a sécrétion purulente, pas d'enduit grisâtre de la conjonctive.

Nous avons noté un insuccès dans un cas de pannus crassus de la cornée. (Obs. xxxi.) La conjonctive palpébrale supérieure du patient, sujet de cette observation, était parsemée de cicatrices d'anciennes granulations, le tarse était déformé, racorni, la cornée était eutisée, la préparation de jéquirity datait de 12 jours.

Le deuxième insuccès est celui de l'observation vii. Dans ce cas, le pannus était complet, il y avait staphylôme de la cornée, la solution employée était préparée depuis un mois. Il n'y a pas eu d'exsudats à la surface de la conjonctive. Le malade étant domicilié à la campagne, il a été impossible de le retenir plus longtemps pour essayer une infusion fraîche.

Le troisième insuccès est celui de l'observation ix. Il s'agit, dans ce cas, d'une conjonctivite catarrhale passée à l'état chronique, mais se présentant sous forme aiguë, avec hypertrophie des papilles. Préjugé contre les effets du jéquirity dans des cas semblables, nous l'avons employé avec beaucoup de modération. Nous n'avons pas cherché à obtenir la formation de fausses membranes sur la conjonctive. Cependant, le malade s'est déclaré soulagé, quoique pour nous il n'y eut aucun changement appréciable.

Le quatrième insuccès est celui de l'observation xiv. Dans ce cas-ci, outre les granulations et l'état inflammatoire de la conjonctive et de la cornée, les paupières étaient infiltrées de produits granuleux au point de rendre difficile le renversement de la paupière supérieure. Nous doutons fort que dans des cas analogues le jéquirity puisse jamais être d'une grande utilité.

Deux autres insuccès ont été notés aux observations xviii et xix. Il s'agissait d'un patient ayant une affection vasculaire de la cornée, datant de quelques années. Le malade était atteint de photophobie.

Le septième et le huitième insuccès ont rapport aux observations xxiv et xxv. Dans ces cas, il y avait un état inflammatoire aigu de la cornée, perforation de cette membrane et blépharospasme. L'effet ayant été complètement nul après une première application, nous n'avons pas insisté pour en faire d'autres.

Le neuvième insuccès est celui de l'observation xlviii. Dans ce cas, nous avons employé une solution préalablement chauffée jusqu'à ébullition, et nous ne doutons pas que la chaleur portée à ce degré ait pour effet de détruire les propriétés du jéquirity.

Nous avons rangé dans la catégorie des demi succès les patients qui ont été soulagés, améliorés par l'emploi du jéquirity, mais non guéris radicalement. Plusieurs, parmi ceux-là, n'ont pas été revus après les quinze premiers jours qui ont suivi le traitement. Il est probable qu'un bon nombre d'entre eux pourraient être comptés comme des succès, parce que la guérison des granulations et du pannus se fait attendre souvent au-delà de quinze jours. Nous n'avons pas considéré comme demi succès les cas de trachôme et pannus guéris, mais laissant persister une cécité due à des synéchies iriennes, occlusion pupillaire ou autre cause de ce genre. Les quatre dernières observations n'ont été enregistrées que pour démontrer l'effet immédiat de certaine préparation de jéquirity. Nous ne les rangeons donc ni dans les succès ni dans les demi succès; nous ne les rangerons pas non plus parmi les insuccès, parce que ces observations sont trop récentes pour que nous puissions nous prononcer sur leur résultat ultérieur.

Les demi succès se sont rencontrés chez six sujets atteints de kératite accompagnée de photophobie et de douleurs ciliaires violentes. (Obs. iv, xii, xxii, xxx, xxxi.) Dans un cas (obs. x), il s'agissait d'un pannus serofuleux qui disparaissait sous l'effet du jéquirity pour reparaître au bout de quelques semaines. Le malade a guéri à la suite d'un autre traitement, mais tout nous porte à croire qu'une nouvelle application de jéquirity aurait produit le même effet. Il est possible aussi que ce patient, qui n'a pas eu de rechutes depuis trois mois, en aura plus tard. Les observations xxxix, xl, xli, xlii, xliii, xlv, sont relatives à des patients qui n'ont pas été revus ou qui ont encore à gagner avec le temps.

Les succès ont été observés surtout dans les cas de trachôme et pannus anciens, dans les formes sèches où il n'existe ni photophobie, ni larmolement, ni blépharospasme. La plupart des malades ainsi complètement guéris étaient traités depuis plusieurs années avec le sulfate de cuivre, sans en éprouver de soulagement persistant. Quatre d'entre eux particulièrement avaient des rechutes de la même maladie à tous les trois ou quatre mois. Depuis qu'ils ont été traités par le jéquirity, la guérison s'est maintenue et rien ne fait présager de nouvelles rechutes.

En résumé, nous avons eu 9 insuccès, 16 demi succès et 22 succès complets, 4 observations non classées.

Nos 51 observations ont été prises parmi des patients atteints de granulations aiguës et chroniques, de pannus de la cornée couvrant plus ou moins cette membrane. Dans quelques cas, le pannus était complet, dans d'autres, il couvrait une partie de la cornée; dans beaucoup de cas, il consistait en une distribution irrégulière de vaisseaux à la cornée, laissant voir cette membrane par transparence. Nous avons employé le jéquirity dans quelques cas où il y avait ulcération ou abcès de la cornée, nous l'avons employé encore dans le catarrhe conjonctival, aigu et chronique. Le jéquirity a été employé de plusieurs manières, nous avons d'abord utilisé l'infusion préparée avec 32 graines pour 1,000 grammes d'eau. Ayant observé que l'effet se faisait trop attendre, nous avons eu l'idée d'irriter la conjonctive palpébrale. Nous nous sommes aussi servi d'une infusion de 10 pour 500. Dans quelques cas, nous avons voulu constater ce que l'on peut obtenir de la poudre de jéquirity appliquée sur la conjonctive.

Voici en abrégé les résultats que nous avons obtenus. Dans vingt-deux cas de granulations sèches, nous avons noté 12 guérisons, 7 améliorations, 3 insuccès. Dans 12 cas de granulations accompagnées d'inflammation plus ou moins violente simulant un état aigu, nous avons noté 4 guérisons, 5 améliorations, 4 insuccès. Sur 4 cas d'hypertrophie papillaire à l'état aigu, nous avons noté 3 améliorations, 1 insuccès. Sur 6 cas d'hypertrophie papillaire à l'état chronique, 1 guérison, 4 améliorations, 1 insuccès. Trois cas de pannus de la cornée sans granulations ni hypertrophie papillaire ont donné comme résultat 2 guérisons, 1 amélioration. Le nombre de lotions faites par le patient, pour obtenir l'effet désiré, a varié depuis 4 à 18 lotions. L'état inflammatoire des membranes de l'œil, l'irritation mécanique de la conjonctive, la fraîcheur de l'infusion employée ont semblé résumer les meilleures conditions pour produire l'ophtalmie jéquiritique.

L'infusion de jéquirity préparée dans les proportions de 2 p. 100 n'

pas produit l'effet que nous en attendions dans les quelques cas où nous l'avons employée. Dans aucun cas, nous n'avons réussi à produire le type de l'ophthalmie jéquiritique en nous contentant de badigeonner nous-même une fois la conjonctive palpébrale avec cette infusion. Il a toujours fallu renouveler les applications du jéquirity les jours suivants et nous n'avons pas réussi à obtenir un gonflement œdémateux des paupières et la production de fausses membranes. Le fait peut trouver une explication dans la manière dont l'infusion a été préparée. En effet, nous avons suivi le même procédé pour préparer une infusion de 2 0/0 que pour préparer la première infusion préconisée par M. de Wecker c'est-à-dire que la macération de 10 grains de jéquirity a été faite pendant 24 heures dans 250 grammes d'eau froide et que le lendemain nous avons ajouté 250 grammes d'eau chaude. Les macérations faites exclusivement à froid sont peut-être préférables, c'est-à-dire plus énergiques. Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas osé confier au patient lui-même le soin de se lotionner avec l'infusion titrée à 2 p. 100. Quant à confier au patient une tâche comme celle-là, nous préférons faire usage d'une solution plus faible; celle de 3 grammes pour mille grammes d'eau nous paraît remplir suffisamment cette indication. Cette solution, faite moitié à froid, moitié à chaud, manque rarement de produire son effet entre 4 et 8 lotions, si la préparation est fraîche et si l'on provoque artificiellement une irritation de la conjonctive.

Une autre manière d'employer le jéquirity est de broyer les grains en poudre très fine, de couvrir la conjonctive palpébrale supérieure avec cette poudre et de l'enlever avec un pinceau au bout de quelques secondes. Cette manière n'a pas encore été signalée à notre connaissance; ceux qui ont déposé le jéquirity en substance dans l'œil ont oublié une chose essentielle, c'est qu'il faut ne pas le laisser en place trop longtemps. Nous sommes convaincu que la poudre de jéquirity, déposée et abandonnée dans les culs-de-sac conjonctivaux est d'un effet désastreux pour l'œil. C'est ce que nous ont prouvé les observations de M. le Dr Osio et de M. le Dr Manfredi. La poudre de jéquirity déposée sur la conjonctive palpébrale supérieure et enlevée immédiatement et complètement à l'aide d'un pinceau passé à l'eau, produit, dans l'espace de 24 heures, une inflammation égale à celle qu'on obtient avec 4 et 8 lotions de l'infusion préparée avec 7 grains pour 4 onces d'eau. Cet effet est suffisant; il demande cependant à être quelquefois renouvelé comme les infusions. Les ulcérations de la cornée et les abcès n'ont paru être influencés en rien par l'emploi du jéquirity. Ce traitement paraît aussi efficace pour le pannus, de quelque nature et de quelque forme qu'il soit, que pour des granulations. Les quelques cas de guérison chez des patients exempts de granulations le prouvent. Le mode d'action du jéquirity nous paraît être encore un problème à résoudre. On ne manquera pas de mettre les microbes en cause; l'infusion de jéquirity en contient des légions bien assorties, mais on trouvera à cette théorie de nombreuses objections. Il n'y a pas à se dissimuler cependant la relation importante qui existe entre la théorie des microbes et le fait que la chaleur, poussée à une certaine limite, atténue les effets du jéquirity. On sait que si la chaleur favorise le développement des organismes inférieurs, cette même chaleur, poussée à un certain degré, est le plus sûr moyen de les anéantir.

Une maladie de la conjonctive qui paraît réfractaire à l'action du jéquirity, c'est le catarrhe aigu avec hypertrophie papillaire. L'état granuleux des paupières succédant à un ancien catarrhe, ou à une ancienne ophthalmie purulente, est susceptible d'être améliorée par le jéquirity. Les cas les plus favorables sont les cas de véritables granulations sèches. L'état franchement aigu s'améliore difficilement par ce moyen.

À une séance de l'Académie de médecine de Bruxelles, M. Deneffe a dit, en parlant du jéquirity, que l'inflammation jéquiritique ne donne aucun résultat, qu'elle ne guérit pas les granuleux. Nous n'attachons pas plus d'importance qu'il n'en faut à nos 51 observations, mais nous ne pouvons nous ranger à l'opinion de M. Deneffe. Il y a eu erreur dans l'application du jéquirity, dans le choix des malades, ou l'on n'a pas su attendre la guérison. On sait maintenant que le jéquirity agit surtout suivant son mode de préparation et suivant son mode d'application; on sait qu'il y a certains états de l'œil qui ne sont guère susceptibles d'être améliorés par ce traitement: l'expérience a démontré aussi que la guérison met souvent plus de 15 jours à s'effectuer. Quelques-uns de nos malades nous ayant laissé au bout de 5, 10 et 15 jours, dans le même état qu'au moment de l'application du jéquirity, nous sont revenus plus tard après un mois ou deux, guéris d'une façon étonnante. Nous avons observé aussi que certains malades, après s'être montrés réfractaires à l'action du jéquirity, c'est-à-dire après avoir subi plusieurs épreuves de ce traitement sans être atteints de gonflement œdémateux des paupières et de fausses membranes de la conjonctive, ont cependant guéri. Des cas de ce genre ont été en assez grand nombre pour que nous voyions là autre chose qu'une simple coïncidence.

M. Deneffe a quelquefois employé le jéquirity fréquemment sur le même sujet sans arriver à produire l'inflammation jéquiritique. Ceci nous est arrivé aussi, mais chaque fois nous avons pu en suspecter la cause, soit dans la qualité de l'infusion, soit dans les cas pour lesquels elle était employée. Les solutions faites depuis quelque temps ont perdu de leur énergie, les malades atteints de granulation et en même temps de cicatrices dans la conjonctive sont plus réfractaires à l'action du jéquirity. Si de la première application on ne produit pas immédiatement une inflammation jéquiritique assez intense, on court le risque d'échouer plus tard en employant les solutions les plus fortes, ce qui revient à dire qu'une première inflammation jéquiritique rend plus ou moins réfractaire à une seconde ou à une troisième inflammation de même nature.

Ceux qui ont reproché au jéquirity de provoquer des douleurs ont oublié de dire ce que produit la cautérisation de la conjonctive avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent. Libre de choisir entre une application de jéquirity qui serait suivie de quelques douleurs passagères et des cautérisations répétées de la conjonctive qui sont loin d'être agréables, les patients n'hésiteront pas à préférer le jéquirity. Dans la plupart des cas, l'inflammation jéquiritique ne produit aucune douleur; on est quelquefois surpris de constater qu'il y en a si peu, alors que le jéquirity a produit un effet considérable sur la conjonctive et les paupières. Dans d'autres cas, l'effet est peu marqué; cependant, les patients se plaignent d'élançements dans l'œil; les douleurs peuvent même être assez considérables pour empêcher le malade de dormir.

Nous avons remarqué que les patients traités par la poudre de jéquirity, d'après le procédé que nous avons indiqué, étaient plus sujets à avoir des douleurs qu'à la suite du traitement par les lotions. On a reproché au jéquirity de produire des complications graves, telles que fonte de l'œil, œdème généralisé à la face et au cou. Nous devons dire qu'il ne nous est arrivé aucun accident de ce genre; dans trois cas le gonflement œdémateux de la paupière s'étendit à la joue correspondante et produisit un peu de fièvre et de gêne dans les mouvements de mastication, mais il n'en résulta rien de grave du côté de l'œil; au contraire, la guérison dans ces cas n'en fut que plus complète. Ces complications peuvent se produire et peuvent s'éviter, elles ne sont à craindre que dans les cas où l'on pousse l'emploi du jéquirity à l'extrême, soit qu'on l'emploie trop concentré, soit que les lotions soient trop souvent renouvelées et trop longtemps maintenues.

L'inflammation jéquiritique ne peut pas être comparée en tout point avec l'inflammation purulente de la conjonctive, elle ne peut pas être comparée non plus avec l'inflammation diphthéritique; c'est une inflammation spéciale qui mérite bien le nom qu'on lui donne. Elle n'offre pas le caractère de gravité de la conjonctivite purulente et diphthéritique, le pus n'est jamais aussi abondant ni aussi franchement purulent que dans la conjonctivite purulente, c'est plutôt du muco-pus qui s'échappe des paupières, bien souvent ce n'est qu'une sécrétion ressemblant à de l'eau légèrement troublée. L'œdème des paupières n'est pas toujours en proportion de l'effet produit sur la conjonctive, l'œdème manque quelquefois dans des cas où la conjonctive est convertie d'une fausse membrane et où la sécrétion est très abondante. Les fausses membranes produites par l'inflammation jéquiritique ne peuvent pas assimiler cette maladie à la conjonctivite diphthéritique; l'infiltration n'est pas profonde dans la trame de la conjonctive, les fausses membranes s'enlèvent facilement et la marche de la maladie est toute autre dans l'inflammation jéquiritique. On a affirmé que le jéquirity employé plusieurs fois sur le même œil finissait par perdre son action. A cela, nos observations ne répondent rien d'absolument décisif; dans certains cas, des malades se sont montrés rebelles à de nouvelles applications de jéquirity, tandis que dans d'autres nous avons pu obtenir un effet même plus considérable avec les dernières applications. Le malade de l'observation XL en est un exemple. La manière de faire les applications de jéquirity peut varier beaucoup et le résultat être toujours le même. On peut obtenir un effet dans l'espace de quelques heures, soit avec la poudre, soit avec une forte infusion fraîche appliquée souvent, soit en irritant fortement la conjonctive. L'essentiel est d'obtenir ces trois facteurs: une sécrétion abondante, un enduit grisâtre sur la conjonctive et un œdème des paupières plus ou moins prononcé. Mais il y a différents degrés à ces états: le degré suffisant nous paraît être ni dans le trop, ni dans le trop peu. Cependant, les plus beaux résultats que nous ayons obtenus ont été signalés chez des patients ayant eu un œdème palpébral considérable.

Un fait digne de remarque, c'est que l'inflammation jéquiritique tend à la guérison. Quand le traitement est discontinué, nous avons toujours remarqué que l'œdème et la sécrétion conjonctivale diminuaient immédiatement; en surveillant le patient, il est donc facile de

prévenir des complications fâcheuses. La raison qu'on a invoqué pour bannir l'emploi du jéquirity de certaines affections aiguës de l'œil ne nous paraît pas juste. Ainsi, M. le Dr de la Pena dit dans son journal *La Oftalmologia Pratica* : — "A personne n'est encore venue, l'idée d'éteindre un incendie en lançant dans les flammes un nouveau combustible." Nous pourrions citer à l'auteur un grand nombre d'exemples très familiers où en médecine on éteint un incendie en lançant de nouveaux combustibles dans les flammes, mais d'un effet tout différent. Dans l'ophtalmie purulente, n'emploie-t-on pas, par exemple, le nitrate d'argent, même sous forme de crayon mitigé, sur une conjonctive déjà fortement enflammée? Or, quel rôle joue donc le nitrate d'argent dans ce cas, si ce n'est pas celui de nouveau combustible dans un incendie qui existe déjà? Cependant, personne ne contestera les bons effets des cautérisations de nitrate d'argent dans ces cas. Mais pourquoi multiplier ces exemples? pourquoi le jéquirity, en se greffant sur une inflammation granuleuse, ne produirait-il pas un effet analogue, en substituant une inflammation d'une certaine nature en une inflammation offrant de nouveaux caractères et susceptible d'une guérison plus rapide? D'ailleurs, pour le jéquirity comme pour un grand nombre d'autres traitements, l'expérience est là pour démontrer que certains états aigus de conjonctivite et de kératite peuvent être favorables à son action curative. Il y a d'abord augmentation des symptômes inflammatoires, ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisque le jéquirity n'agit qu'en produisant cet effet; l'amélioration peut se faire attendre plus longtemps que lorsqu'il s'agit d'états chroniques, et il nous paraît tout naturel qu'il en soit ainsi. Une première application a pour effet de mettre l'œil dans une condition favorable pour d'autres applications. Ainsi, quelques-uns des malades à qui nous avons appliqué le jéquirity pour ces états aiguës de conjonctivite ont commencé par être guéris de la photophobie et du blépharospasme dont ils étaient atteints, et graduellement, après de nouvelles applications, ils ont fini par être mieux.

En résumé, voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer des 51 observations qui précèdent :

1° L'inflammation jéquiritique se produit à différents degrés suivant l'état du patient et suivant le mode d'emploi du jéquirity.

2° On peut doser l'effet que l'on veut obtenir, surtout si on se sert d'une faible préparation.

3° Le type de l'inflammation jéquiritique nous paraît être réalisé par les trois facteurs suivants :

Sécrétion abondante d'un liquide ressemblant à de l'eau troublée, enduit grisâtre de la conjonctive, œdème palpébral.

4° L'inflammation jéquiritique est plutôt croupale que purulente.

5° Elle a une tendance à guérir promptement du moment que les applications sont discontinuées.

6° Dans la plupart des cas, la maladie laissée à elle-même guérit facilement dans l'espace de 15 à 30 jours et plus.

7° Les complications cornéennes ou autres ne sont à craindre que dans les cas malheureux où le jéquirity est laissé en substance dans l'œil, ou lorsque les infusions sont trop concentrées et employées trop souvent.

8° Le jéquirity ne paraît pas exercer une influence manifeste sur la marche des ulcères ou abcès de la cornée.

- 9° Les solutions fraîches sont plus efficaces que les solutions vieilles.
- 10° Les solutions faites à froid paraissent plus actives.
- 11° Le jéquirity déposé en poudre sur la conjonctive palpébrale est d'un effet prompt, suffisant et efficace, pourvu qu'il ne reste pas de jéquirity dans l'œil après le lavage des paupières.
- 12° Le jéquirity guérit les granulations vraies, les pannus, les hypertrophies papillaires succédant à des inflammations chroniques.
- 13° Il est plus efficace dans les états non inflammatoires et chroniques que dans les états aigus de ces mêmes maladies.
- 14° La guérison peut être appréciable au bout de quelques jours, mais le plus souvent le résultat n'est définitif qu'au bout de un mois ou deux.
- 15° Le jéquirity guérit rapidement des cas invétérés de trachôme et pannus ayant résisté depuis des années à d'autres traitements.
- 16° Il est d'un emploi facile, exempt de danger entre les mains de personnes prudentes; il est rarement douloureux.
- 17° Les patients ne sont nullement effrayés de l'effet du jéquirity, la douleur n'est pas en proportion des symptômes observés.
- 18° Il est quelquefois nécessaire de recourir à plusieurs essais consécutifs à intervalles distancés; dans ces cas, on trouve toujours le patient bien disposé; c'est quelquefois lui-même qui demande l'emploi du remède.
- 19° Les malades atteints de cicatrices de la conjonctive sont plus réfractaires au jéquirity.
- 20° Il n'est pas nécessaire de placer les malades à l'obscurité pendant le traitement.
- 21° Un œil ayant déjà été atteint d'ophtalmie jéquiritique peut en être atteint de nouveau et même plus sévèrement que la première fois.
- 22° Des applications répétées souvent, finissent par n'exercer aucune action sur la conjonctive, ce qui revient à dire que les premières applications de jéquirity ont plus de chance de réussir que les autres.
- 23° Il faut s'efforcer de provoquer immédiatement un degré suffisant d'inflammation jéquiritique dans la crainte que de nouvelles applications demeurent infructueuses.
- 24° Les états aigus de l'inflammation conjonctivale ou cornéenne, quoique moins favorables à l'action du jéquirity que les états sous-aigus et chroniques, peuvent cependant être améliorés par ce traitement.
- 25° Les infusions de jéquirity perdent leur activité à mesure qu'on s'éloigne de la date de leur préparation.
- 26° La poudre de jéquirity ayant déjà servi à une solution de 10 pour 50, peut servir de nouveau pour une seconde solution ayant encore la propriété de déterminer l'inflammation jéquiritique.
- 27° Les macérations chauffées jusqu'à ébullition ne réussissent pas.
- 28° La poudre contenue dans les macérations chauffées jusqu'à l'ébullition, après être soumise à une seconde macération à froid très concentrée, ne produit plus d'action.
- 29° L'acide salicylique, deux grains à l'once, ne paraît pas atténuer l'effet du jéquirity.
- 30° Les préparations qui nous paraissent préférables pour le traitement des granulations sont :
- a. Le jéquirity en poudre très fine appliqué sur la conjonctive et enlevé immédiatement.

b. La macération à froid de sept grains de jéquirity pour ζ iv eau.

Au paragraphe 11, nous disons que le jéquirity, réduit en poudre très fine, appliqué sur la conjonctive palpébrale, et enlevé immédiatement et complètement est d'un effet prompt, suffisant et efficace. Nous tenons à ajouter que cette proposition ne nous paraît pas encore parfaitement démontrée, elle nous paraît vraie cependant. Nous ferons remarquer que dans trois cas nous avons vu de petits abcès marginaux se former pendant les 24 heures qui ont suivi l'application de la poudre sur la conjonctive palpébrale. Dans ces trois cas, il s'agissait de malades atteints d'hypertrophie papillaire avec état inflammatoire de l'œil; dans l'un de ces cas, il existait déjà un abcès. Ces abcès n'ont pas eu de suites funestes, ils sont disparus même rapidement, mais nous les considérons comme une complication fâcheuse. La cause paraît reposer uniquement dans ce fait que dans l'hypertrophie papillaire il existe des infractuosités entre les papilles plissées les unes contre les autres, et la poudre de jéquirity se fixe dans ces sillons et maintient une irritation trop violente.

Nous nous proposons de faire une nouvelle étude du jéquirity à ces différents points de vue. L'expérience a démontré que les infusions de jéquirity perdent de leur force en vieillissant. On ne peut donc pas utiliser longtemps la même infusion. De là la nécessité de recourir souvent à de nouvelles infusions. Ces infusions ou macérations exigent au moins 24 heures de préparation; on peut donc être dans la nécessité d'attendre au lendemain pour commencer un traitement. Il serait plus avantageux d'avoir continuellement à notre disposition une préparation stable de jéquirity que nous pourrions employer à volonté. Les altérations que subissent les infusions à l'air, à la lumière et avec le temps, nous font désirer une forme particulière de préparation du jéquirity qui échappera à tous ces inconvénients. La poudre ne nous a pas paru perdre de sa valeur avec le temps: appliquée en substance sur la conjonctive et enlevée immédiatement, elle est suivie dans l'espace de 24 heures d'une inflammation presque toujours suffisante pour l'effet que l'on veut obtenir. En agissant de cette manière, on peut se dispenser de confier au patient le soin périlleux de se lotionner lui-même, et les observations basées sur ce mode d'emploi du jéquirity gagnent beaucoup en exactitude. Dans l'emploi des infusions concentrées appliquées par le médecin lui-même, il y a encore l'inconvénient que nous venons de signaler et qui consiste dans les altérations que le temps, l'air et la lumière font subir à ces infusions et qui en font des préparations pas toujours comparables les unes avec les autres. C'est pour avoir une action toujours égale que nous nous sommes abstenus de décortiquer les graines de jéquirity avant de les pulvériser. L'eau employée chaude ou froide pour détruire l'enveloppe des graines peut aussi exercer une certaine action sur la graine elle-même et en modifier les propriétés.

Au moment de faire paraître le présent travail sur le jéquirity, nous avons pris connaissance, avec un vif intérêt, de la communication faite sur le même sujet, à l'Académie des Sciences de Modène par M. le Prof. Manfredi et publiée dans le Bulletin d'oculistique de Florence. Nous allons en faire ici une courte analyse.

L'auteur a traité 69 cas avec le jéquirity; sur ce nombre, 18 sont guéris, 28 sont encore sous observation, 20 ont été traités sans succès;

sur ce nombre il y a eu 3 accidents. Cette statistique donne à l'auteur 26 p. 100 de guérisons, en ne comptant pas les cas en observation. En retranchant complètement les malades encore en observation et qui doivent compter pour plusieurs succès, le chiffre s'élève à 50 p. 100. M. le Dr. Manfredi a donc eu raison d'employer le jéquirity, il se croit aussi le droit d'en vanter les bons effets.

Comme ce médicament est tout nouvellement connu en Europe, que son mode d'emploi et son action thérapeutique sont encore un sujet d'étude, l'auteur fait part des recherches très importantes qu'il a faites et des conclusions auxquelles il en est arrivé. Les infusions qu'il a employées ont été de $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 pour 100. A l'aide de ces infusions, l'auteur a remarqué les symptômes déjà connus de l'ophthalmie jéquiritique. Voici, sous forme de proposition, les conclusions de son étude :

1^o Les préparations de jéquirity à $\frac{1}{2}$, 1, 2 et 3 pour 100 faites avec des graines décortiquées et pulvérisées, macérées pendant 24 heures dans l'eau froide, puis filtrées et déposées sur la conjonctive à l'aide d'un pinceau, ont produit à des degrés différents l'inflammation jéquiritique.

2^o La première inflammation jéquiritique de la conjonctive rend plus ou moins réfractaire à d'autres inflammations de même nature, malgré le titrage et le nombre de séances.

3^o L'infusion s'affaiblit à mesure qu'on s'éloigne de la date de la préparation.

4^o *La conjonctivite jéquiritique n'est pas inoculable.*

5^o Le liquide de lavage du filtre peut encore déterminer la conjonctivite.

6^o Le jéquirity pulvérisé très fin et déposé sur la conjonctive produit une inflammation tellement vive, que l'auteur n'a pas osé continuer l'expérimentation dans cette voie.

7^o Les macérations à froid, chauffées au bain marie à 90°, ne réussissent pas.

8^o Les graines décortiquées bouillies, puis réduites en poudre, n'ont rien produit ni sous forme de macération, ni sous forme de poudre appliquée sur la conjonctive.

9^o Les graines non décortiquées bouillies ne sont pas complètement privées d'action sous les deux formes précédentes.

10^o La chaleur tend à détruire les propriétés du jéquirity.

11^o Les résultats négatifs de l'inoculation tendraient à rapporter l'activité du remède à un principe chimique plutôt qu'à l'action d'un organisme microscopique.

12^o Les hypertrophies papillaires guérissent sous l'effet du jéquirity, mais il faut recourir à plusieurs applications.

13^o La guérison peut se faire attendre au-delà de quinze jours.

14^o Les infusions à $\frac{1}{2}$, à 1 p. 100 déterminent l'inflammation progressive plutôt qu'imprévue et paraissent préférables à toute autre pour cette raison.

Ces conclusions ne diffèrent guère des nôtres, mais elles mettent de nouveaux faits en lumière. Le découragement de M. Manfredi, en employant la poudre de jéquirity, s'explique par le fait que l'auteur a laissé le jéquirity en substance dans l'œil pendant trop longtemps. Tout danger nous paraît complètement évité si, après avoir laissé la poudre de jéquirity en contact avec la conjonctive pendant quelques secondes, nous prenons la précaution de l'enlever immédiatement et complètement à l'aide d'un pinceau trempé dans l'eau froide.

LETTRES AUX DEUX WILFRID.(1)

QUATRIÈME LETTRE.

Acide salicylique et rhumatisme.

Mes Chers Amis,—L'un de vous me demandait dernièrement dans une de ses lettres, ce qu'il fallait penser de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Je m'empresse de vous renseigner sur ce sujet, et j'ai l'intime conviction de vous rendre en même temps un service dont vous comprendrez plus tard toute l'étendue; car je vous l'avoue de suite, l'acide salicylique administré avec méthode et discernement est, dans mon humble opinion, le plus mortel ennemi de cette affection si commune et si douloureuse qui a fait si longtemps le désespoir des malades et des médecins.

A l'instar de la malaria, de la syphilis, etc., le rhumatisme a aujourd'hui son traitement spécifique, et les ravages qu'il exerçait si complaisamment sur notre pauvre humanité ne sont plus que du domaine de l'histoire et ne sauraient désormais se répéter que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, grâce à l'immense découverte qui a doté la matière médicale d'un des médicaments les plus utiles qui soient à notre disposition.

Cette précieuse acquisition thérapeutique, mes amis, est relativement récente, et vous vous rappelez qu'en 1874 l'arme la plus puissante que la littérature médicale pût nous offrir pour combattre le rhumatisme, était la propylamine, d'infécite mémoire, médicament qui a été bien loin de remplir les brillantes promesses avec lesquelles il s'était présenté.

En 1875 et 1876, dans les hôpitaux de Paris, la véraltrine, le nitrate de potasse, la digitale, les vomitifs, les purgatifs étaient depuis longtemps déjà passés de mode dans le traitement des affections rhumatismales; la propylamine même, si bien accueillie pourtant par Dujardin-Beaumetz, n'était généralement que tolérée: "Servez-vous en pendant que ça guérit," disait Béhier.

Le bicarbonate de soude avait alors le haut du pavé, car, grâce à son emploi, il nous était permis de guérir un cas de rhumatisme dans la courte période de 15 à 20 jours.

L'acide salicylique, à cette époque, faisait bien déjà partie du domaine de la thérapeutique, mais on n'avait songé qu'à utiliser ses propriétés antiseptiques en l'employant comme topique dans le traitement des plaies. Letzerich l'avait même hautement préconisé contre la diphthérie; mais ce ne fut qu'en 1876 que Stricker attira pour la première fois l'attention du public médical sur les propriétés dont ce composé jouissait dans le traitement du rhumatisme. Stricker était allemand! Il n'avait pas droit. On fit peu de cas de ses publications; c'était de bonne guerre.

Au mois de juin 1877, Germain Séc lut devant l'Académie de Méde-

1) Voir les livraisons de février et mai.

cine de Paris un mémoire intitulé: " Etude sur l'acide salicylique et les salicylates; traitement du rhumatisme aigu et chronique, de la goutte et diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates."

Cette importante communication peut se résumer en partie dans les conclusions suivantes:

1^o C'est dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on observe les effets les plus certains et les plus prompts de la médication salicylée, si bien qu'on peut affirmer presque à coup sûr la guérison du rhumatisme aigu, fébrile ou apyrétique dans l'espace de deux à quatre jours: 52 cas en font foi.

2^o Dans le rhumatisme chronique simple, les essais institués sont des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit même dans l'arthrite noueuse; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu. Il y a plus; les engorgements articulaires diminuent considérablement, et les mouvements peuvent devenir libres même après des années de douleur, de rigidité et d'immobilité, à condition que les lésions osseuses ne soient pas trop profondes, trop avancées; (12 observations de rhumatisme chronique.)

3^o Dans la goutte aiguë les résultats sont des plus remarquables; les accès aigus les plus douloureux sont enrayés dans l'espace de deux à trois jours, les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau, la sensibilité au toucher, tout disparaît.

Cet intéressant travail provoqua des discussions assez vives au sein de l'Académie et rencontra de l'opposition surtout de la part de MM. Ricord et Bouillaud. Ce dernier qui entretenait toujours une prédilection jalouse pour les doctrines et la pratique d'autrefois refusa de croire à l'efficacité de la médication préconisée par Germain Sée avant qu'on lui eut présenté dix cas parfaitement définis et impitoyablement contrôlés.

Cette satisfaction lui fut donnée à une séance ultérieure par MM. Hérard et Hardy qui communiquèrent à l'Académie les résultats de leur observation personnelle, démontrant avec évidence les propriétés particulières et indiscutables du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Plus tard, Guéneau de Mussy, Oulmont, Jaccoud, Brouardel, Laboulbène, Dujardin-Beaumetz, etc., vinrent confirmer l'exactitude des conclusions émises par Germain Sée, et, à partir de cette époque, le traitement du rhumatisme subit une révolution absolue, et l'acide salicylique prit place à côté de l'opium, de la quinine, du mercure, de l'iodure de potassium comme médicament doué de propriétés thérapeutiques d'une efficacité incontestable.

En Allemagne, en Ecosse, en France, en Angleterre, en Amérique, des milliers de faits furent publiés, proclamant l'action rapide et merveilleuse de la médication salicylée appliquée au traitement des affections goutteuses et rhumatismales.

Un certain nombre d'insuccès, il est vrai, sont bien venus refroidir l'enthousiasme de plusieurs, mais ces échecs qui se produisent encore assez souvent sont dus à des causes qu'il me serait assez facile de vous faire connaître.

Ainsi, l'acide salicylique, qui, au début, fut le seul agent de la

médication salicylée auquel on eut recours, étant doué de propriétés extrêmement irritantes, la plupart des malades ne purent le supporter, à cause des troubles gastriques que provoquait son emploi, et un bon nombre de médecins durent abandonner ce traitement dont ils déchaient la réputation surfaite. J'eus bien des fois moi-même l'occasion de constater ces graves inconvénients jusqu'au jour où Germain Séo et Oulmont nous conseillèrent de remplacer l'acide salicylique par le salicylate de soude qui, à l'absence de propriétés irritantes, joint la qualité d'être parfaitement soluble. Il m'est arrivé souvent depuis de guérir en deux ou trois jours, en les soumettant à l'administration de salicylate de soude, des rhumatisants traités sans succès antérieurement au moyen de l'acide salicylique.

D'autres fois, les résultats obtenus seront nuls ou incomplets, et la médication rejetée comme inefficace uniquement parce que l'on aura administré le médicament à de trop faibles doses, ou à des intervalles trop éloignés, ou bien encore, parce qu'à la suite d'une amélioration passagère le traitement aura été trop tôt supprimé.

Dans tous les cas, mes amis, soyez persuadés d'une chose, c'est que vous réussirez presque invariablement à enrayer en quelques jours la marche du rhumatisme articulaire aigu si vous soumettez dès le début votre malade à des doses suffisantes de salicylate de soude administré pendant toute la durée de la maladie, et même plusieurs jours après la disparition de la fièvre, de la douleur et du gonflement des articulations.

Afin de vous éviter tout échec provenant d'un vice dans le mode d'administration du médicament, je vais vous indiquer la conduite que vous devez tenir en présence d'un malade affecté de rhumatisme articulaire aigu, de "rhumatisme inflammatoire," comme vous l'entendez souvent appeler par le peuple.

D'abord, ici comme toujours, examinez bien tout ce qui a trait au malade lui-même, rendez-vous compte aussi de toutes les particularités que pourrait vous offrir le patient. Ne manquez jamais de porter votre attention du côté de la poitrine, afin de vous assurer si le cœur, le péricarde, ou la plèvre ne seraient pas déjà le siège de la fluxion rhumatismale; car, remarquez le bien, la puissance de la médication dont vous allez vous servir ne doit pas vous faire oublier que, sous la maladie, il existe un malade dont il importe que vous connaissiez les antécédents ainsi que les dispositions actuelles. Interrogez les reins et assurez-vous de l'intégrité parfaite de leur fonction; consultez, en un mot, tous les principaux organes de l'économie, afin qu'aucune indication spéciale ne puisse vous échapper. Une fois le diagnostic bien établi, ce qui est toujours assez facile, faites entourer de ouate les articulations malades; n'épargnez rien quant à la quantité; pour en mettre assez, il faut en mettre trop. Assujettissez la ouate par quelques tours de bande, afin qu'elle ne puisse se déplacer. Ce moyen a pour but de provoquer autour des jointures malades une sudation abondante et salutaire.

Prescrivez de suite le salicylate de soude à hautes doses en donnant par exemple, toutes les heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

R. Sodæ salicylat	3ijss à 3iij
Syr : limonis	3iij
Aq. menthæ pip	ad. ʒj--M

Pendant les premières 24 heures, que le traitement ne soit pas interrompu, même durant la nuit. Le malade se dégoûte vite du médicament, et si vous ne vous hâtez de le saturer, pour ainsi dire, pendant qu'il le supporte bien, afin d'obtenir la rémission des symptômes le plus tôt possible, il pourrait bien se faire que dès le deuxième jour vous fussiez forcés de suspendre le traitement et de perdre du terrain. Dès le lendemain vous aurez, le plus souvent, la satisfaction d'entendre votre patient vous annoncer joyeusement qu'il ressent une amélioration considérable qui se sera manifestée après les premières doses du médicament; il ne manquera pas non plus de vous dire qu'il a baigné toute la nuit dans une abondante transpiration, qu'il est sourd ou qu'il ressent dans les oreilles comme le bruit d'une chute d'eau; souvent vous constaterez un peu de gêne de la respiration, un genre tout spécial d'oppression qui ne laisse pas dans certains cas d'être assez pénible.

Ces phénomènes physiologiques, mes amis, ne manqueront jamais, et, remarquez-le bien, l'époque de leur apparition marquera en même temps celle de l'amendement des symptômes semblables à ceux que vous observez pendant l'administration du calomel et de la quinine, où la salivation d'une part et les bruissements d'oreilles de l'autre, signalent dans certains cas le début de l'action curatrice de ces deux médicaments.

Vous pouvez, dès lors, commencer à éloigner les doses de votre potion, quand même il existerait encore quelques articulations douloureuses. Prescrivez une cuillerée à soupe toutes les deux heures jusqu'à la fin de la journée. Le soir du second jour, je donne volontiers dix grains de poudre de Dover en recommandant cette fois de ne pas éveiller le malade pendant la nuit.

Le troisième jour, à moins que vous n'ayiez affaire à un cas exceptionnel, la douleur, la fièvre, le gonflement articulaire auront totalement disparu; le malade pourra remuer dans son lit ses membres immobilisés deux jours auparavant par les plus atroces souffrances.

Éloignez maintenant les doses, ordonnez de prendre le salicylate toutes les trois heures, puis toutes les quatre heures, puis enfin trois fois par jour pendant cinq à six jours, même en l'absence de toute manifestation rhumatismale; n'oubliez pas cela sous peine de voir survenir une rechute qui vous forcera de tout recommencer.

S'il arrivait toutefois que la douleur, après avoir abandonné les articulations, fit mine de vouloir y revenir, prévenez le malade de reprendre aussitôt le médicament toutes les heures pendant trois ou quatre heures consécutives, pour éloigner de nouveau les doses dès que les nouvelles souffrances auront été dissipées.

Ai-je besoin de vous dire que, pendant toute la durée du traitement, le malade devra être tenu au lit et à l'abri de tout refroidissement et de tout courant d'air? Nourrissez-le avec du lait, des potages, du bouillon, quelques doses de brandy même en certains cas.

N'enlevez la ouate qu'après la disparition complète de tout gonflement et de toute douleur articulaire, en ayant la précaution de sécher et de frictionner légèrement la peau, afin d'éviter les dangereux effets d'un changement subit de température.

Vous me direz peut-être que le traitement dont je viens de vous donner la formule est bien énergique; c'est vrai, mais l'ennemi que

vous avez à combattre est aussi bien redoutable; par conséquent n'hésitez pas; ce n'est qu'à ce prix que vous obtiendrez dans les cas aigus les brillants résultats que vous promet la médication salicylée. Les insuccès dont se plaignent un certain nombre d'observateurs sont dus, pour la plupart, à ce que le traitement a été institué avec trop de timidité.

Dans les cas sub-aigus de moyenne intensité, vous pourriez peut-être à la rigueur n'administrer que 8 à 10 grains de salicylate de sonde toutes les deux heures et obtenir des succès; mais, notez-le bien, ce ne sont pas ces cas légers dont vous triompherez le plus aisément, et j'ai toujours observé, d'accord en cela avec Stricker et MacLagan, que plus l'attaque de rhumatisme est aiguë et plus les bons résultats de la médication salicylée sont assurés.

Mes bons amis, je viens de faire miroiter à vos yeux de bien belles choses; n'est-ce pas que vous avez hâte de vous trouver aux prises avec cette ennuyeuse maladie qui a dû vous coûter déjà bien des sueurs? Réussirez-vous toujours et dans tous les cas?...

N'oubliez pas que nous parlons médecine et qu'en ces sortes de matières nous avons toujours à compter avec un inconnu qui nous ménage souvent bien des déceptions. D'ailleurs, nous est-il toujours arrivé avec l'opium de calmer les douleurs? la syphilis a-t-elle toujours cédé à l'emploi même le plus judicieux du mercure et de l'iodure de potassium? l'huile de croton entre vos mains, a-t-elle toujours réussi à provoquer cette débâcle intestinale qui en fait le plus sûr et le plus puissant drastique de la matière médicale?

Je vous en prévient, attendez-vous ici, comme ailleurs, à des échecs absolus et vous rencontrerez dans votre pratique, comme il est arrivé à moi et à bien d'autres, des cas de rhumatisme dans lesquels l'acide salicylique aura le sort de tous les autres médicaments si hautement préconisés dans le traitement des diverses maladies. Mais, je vous l'ai dit, je vous le répète, dans l'immense majorité des cas, par l'emploi judicieux et méthodique de la médication salicylée, vous réussirez et vous réussirez rapidement là où vous auriez infailliblement échoué, si vous n'aviez eu recours qu'aux seuls médicaments dont nous disposions avant l'immortelle découverte de Stricker, vulgarisée par Germain Sé-

DR L. COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 10 août 1883.

Du diagnostic entre la paralysie hystérique et la polyomyélite antérieure, par BENNET.—Ce diagnostic est souvent difficile. Parfois même, d'après l'auteur, il serait impossible. Toutefois, deux caractères importants ont une grande valeur: l'absence des réflexes et l'abolition de la réaction électro-musculaire, dans les pertes des mouvements produites par la polyomyélite. Il n'en est jamais ainsi dans les paralysies hystériques.—*The Lancet—Union médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la tuberculose parasitaire.—L'actualité de ce sujet nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs un résumé des doctrines qui ont cours en ce moment sur la pathologie et l'étiologie de la tuberculose. Nous trouvons ce résumé dans une remarquable leçon clinique de M. Debove, professeur agrégé de la Faculté de Paris, faite à l'hôpital de la Pitié et publiée dans la *Tribune médicale*. On nous pardonnera la longueur de la reproduction en faveur de l'intérêt immense qu'offre le sujet traité avec tant de talent par M. Debove. H. E. D.

Parmi les sujets intéressant le plus les médecins en ce moment, qui les passionnent même—le mot n'est pas trop fort, en égard à la vivacité des discussions engagées—nous mettrons, au premier rang, la doctrine microbienne et ses rapports avec la tuberculose. C'est de cette doctrine que je vais vous entretenir tout d'abord.

Je commence par vous dire que je suis *microbien* : je crois que, dans la pathogénie d'une foule de maladies, les microbes jouent un rôle considérable : mais en vous faisant cette profession de foi, je crois devoir faire quelques réserves ; je n'ignore pas, en effet, que ces doctrines ne sont pas universellement admises, que des hommes d'une haute compétence soutiennent une opinion diamétralement opposée, et j'avoue même que c'est un peu pour cette raison que j'ai pensé qu'il y avait intérêt à vous exposer les pièces du procès, dussiez-vous, après les avoir examinées, adopter une conclusion opposée à la mienne.

Les doctrines microbiennes, vous le savez, ont été introduites en pathologie par M. Pasteur. Certainement, bien avant lui, des médecins avaient indiqué que des organismes infiniment petits pouvaient jouer un rôle considérable dans l'étiologie des maladies, mais cela n'enlève rien à la gloire de notre compatriote. Il faut admettre, en effet, que, dans les choses de la science, la découverte appartient non pas à celui qui énonce un fait, mais bien à celui qui le démontre après une série de recherches dirigées vers le but qu'il désire atteindre.

Or, c'est bien là le cas de M. Pasteur. Ce n'est pas par hasard qu'il a été appelé à s'occuper des questions essentiellement médicales qui ont des affinités avec la doctrine microbienne ; il y a, en quelque sorte, été contraint par l'enchaînement logique de ses travaux. Il avait étudié les fermentations, et cette étude l'avait conduit à la conviction que les fermentations sont dues à des organismes inférieurs et que ces organismes ne naissent jamais spontanément. Reprenant alors cette idée déjà fort ancienne, que les maladies peuvent être comparées à des fermentations, il n'a pas tardé à arriver à cette conclusion que certaines maladies sont produites par des organismes inférieurs.

La maladie sur laquelle M. Pasteur porta tout d'abord son attention fut le charbon que Davaine avait étudié de son côté, et dans lequel il avait découvert la présence d'animalcules microscopiques, de bactéries spéciales.

Le résultat des premières recherches ayant répondu à l'attente de

son auteur, on ne tarda pas à généraliser sa découverte, et à l'appliquer, sous terme d'hypothèse, à un grand nombre d'états pathologiques; autrement dit, on créa la doctrine. Ce n'était encore qu'une hypothèse, une théorie, elle ne devait être acceptée, par conséquent, qu'avec une certaine réserve, mais les faits sur lesquels elle reposait étaient bien observés, étaient incontestables.

Ceci dit, j'arrive à l'objet de ma leçon.

Je n'insisterai pas devant vous sur tout ce qui est relatif à la bactérie charbonneuse. Les travaux publiés sur ce sujet sont connus, et, d'ailleurs, le charbon est une maladie qui se rencontre rarement dans nos salles.

La question est tout autre, lorsqu'il s'agit d'une maladie qui — je vais essayer du moins de vous le démontrer — se rapproche beaucoup de charbon, quant à sa pathogénie: je veux parler de la tuberculose. C'est une affection que nous avons très souvent l'occasion de soigner; nous la rencontrons à peu près sur un tiers de nos malades et si nous consultons, par exemple, la statistique des décès de la ville de Paris, nous voyons que, sur 1,300 individus morts la semaine dernière, 250 ont succombé à la tuberculose.

Nos connaissances exactes, précises, scientifiques, sur la tuberculose remontent à Laënnec; certainement, d'autres avant lui en avaient parlé; mais, en raison de l'importance même de ses travaux, on peut, à coup sûr, lui attribuer tout le mérite de la découverte. Cette importance est telle, qu'à l'heure actuelle, c'est encore dans Laënnec que l'on trouve la meilleure description clinique et anatomique de la maladie.

Cela tient surtout à une chose: c'est que Laënnec s'est occupé de faits, qu'il les a étudiés avec sagacité, qu'il a fait une part extrêmement petite aux théories, et que ce qu'il a vu, vous pouvez encore le voir.

Laënnec avait décrit les signes et les lésions de la phthisie avec une précision qui a laissé bien peu à faire à ses successeurs. On a trouvé quelques petites choses en auscultation, mais on n'a rien ajouté d'essentiel.

Dans la voie anatomo-pathologique, il y avait peut être plus à faire que dans la voie clinique, et la structure intime de la tuberculose a donné lieu à de nombreuses discussions qui n'ont pas toutes une égale valeur. Les uns, et Laënnec était du nombre, considéraient le tubercule comme un corps étranger; Broussais, son rival, croyait qu'il s'agissait d'un produit d'inflammation; mais tout cela ne nous avait guère, et la véritable cause de la maladie nous échappait. Les seules conditions étiologiques au sujet desquelles nous pouvions avoir quelques notions, s'appliquaient aux causes prédisposantes; nous apprenions dans quelles conditions un individu était prédisposé à devenir phthisique; mais la véritable raison de la maladie nous échappait.

L'auteur qui, depuis Laënnec, a fait faire le plus de progrès à l'étude de la tuberculose, c'est Villemin, qui, le premier, a démontré que cette affection était inoculable. L'importance de cette découverte est admise aujourd'hui par tout le monde, et, tout récemment en Allemagne, Cohnheim, dans un livre intéressant sur la question, accorde à notre compatriote les éloges qu'il mérite.

Ce n'est pas que cette inoculabilité fut chose absolument neuve; elle

était déjà soupçonnée par Morgagni, puisqu'il s'abstenait de faire des autopsies de phthisiques, dans la crainte de devenir tuberculeux; mais je répéterai ici ce que je disais tout à l'heure: le mérite d'une découverte appartient tout entier à celui qui en a fait la démonstration et Villemin est dans cette condition.

M. Villemin a pris de la matière tuberculeuse des granulations transparentes ou des granulations jaunes, et il l'a inoculée sous la peau d'un animal. Au bout de quinze à vingt jours, des tubercules se sont montrés au niveau du point inoculé, et par la suite, l'animal est mort de la généralisation de cette même tuberculose dans la plèvre, le foie, le péritoine, le poumon, etc.

Les auteurs allemands ont modifié le procédé de Villemin. Les uns ont inoculé la matière tuberculeuse dans la plèvre ou le péritoine, d'autres l'ont injectée dans le sang; Conheim l'a inoculée dans la chambre antérieure, procédé très intéressant, parce que, en raison de la transparence de la cornée, on peut suivre pas à pas l'évolution du tubercule dans ses premières périodes.

M. Chauveau a fait ingérer des matières tuberculeuses à des génisses; elles sont également devenues tuberculeuses.

Presque tous les animaux (cobayes, lapins, singes, rats, etc.) ont pu être inoculés.

Le seul point à noter, c'est que certains animaux sont plus facilement inoculés que d'autres; c'est ainsi que les herbivores s'inoculent plus facilement que les carnivores.

Lorsqu'on fait ces inoculations, il est nécessaire de prendre certaines précautions:

Il faut d'abord que la matière tuberculeuse soit aussi fraîche que possible. Celle que l'on recueille sur les cadavres, morts depuis quelque temps, expose l'observateur à faire des inoculations septiques, et les animaux meurent de septicémie; il faut aussi, et pour la même cause, que les instruments soient propres.

Lorsque l'animal est inoculé, il se produit très peu de réaction locale, et au niveau du point où a été faite l'opération, il se développe une petite masse caséuse. De là, la maladie passe dans les ganglions correspondants, et bientôt après elle devient générale.

Cette marche du phénomène est très importante à étudier, à constater, car elle nous permet de comparer la tuberculose inoculée à une série de maladies virulentes, parmi lesquelles je citerai, en première ligne, la syphilis.

C'est là, d'ailleurs, un point sur lequel nous allons revenir.

Quelques objections ont été faites aux expériences de Villemin: certaines d'entre elles sont, si j'ose m'exprimer ainsi, des objections d'ordre sentimental.

Lorsque nous sommes habitués depuis longtemps à voir les choses d'une certaine façon, et qu'on vient nous affirmer que nous nous sommes trompés, nous commençons par nous défendre; nous avons la plus grande tendance à réagir contre les choses nouvelles, et nous n'avons pas toujours tort. Ne voyons-nous pas, en effet, tous les jours, quelques-unes de ces découvertes nouvelles apparaître et disparaître en même temps?

Mais cette ordre d'arguments n'ayant aucune valeur dans l'espèce, je n'y insisterai pas. Il n'y a qu'une seule manière de discuter les

expériences de Villemain, c'est de les répéter et d'examiner les conditions diverses qui ont pu les faire varier.

Il peut paraître simple de vérifier ces expériences; mais la chose est difficile, et la meilleure preuve c'est que beaucoup d'expérimentateurs sont arrivés à des résultats contradictoires.

Les uns ont nié que l'inoculation de la tuberculose pût rendre les animaux tuberculeux.

Le plus grand nombre reconnaît cependant que les animaux deviennent tuberculeux, mais que des matières quelconques (pus, fragments d'os, bouchons pilés, morceaux de caoutchouc, etc.) peuvent donner la tuberculose. C'est que, en effet, certaines expériences semblent donner raison à cette manière de voir; mais cela résulte de ce qu'on n'avait pas évité des causes d'erreur qu'il importe de connaître.

Quelques-uns de ces produits, considérés comme non tuberculeux, sont cependant tuberculeux. C'est ce qui a lieu, par exemple, pour le pus provenant de la plupart des affections osseuses chroniques, qui contient presque toujours, cela paraît aujourd'hui démontré, l'agent spécifique de la tuberculose.

D'autres fois, les résultats constatés proviennent de ce qu'on a opéré sans précautions: bien souvent, on s'est servi d'instruments sur la propriété desquels on ne pouvait compter. Ainsi, on faisait notamment des inoculations de matière vraiment tuberculeuse avec une lancette qui avait servi à inoculer des produits non tuberculeux. C'est tout au plus si on lavait l'instrument avec une solution d'acide phénique. Or, cette précaution elle-même est bien insuffisante, puisque l'acide phénique ne détruit pas le virus tuberculeux.

On fait quelquefois ces expériences à l'hôpital en plaçant les animaux dans les salles d'autopsie. Or, c'est là un milieu imprégné en quelque sorte de virus tuberculeux, et il suffit que l'animal y séjourne pour qu'il soit contagionné.

On n'isole pas les animaux qui servent à faire des expériences comparatives. Ainsi, on prend dix lapins: cinq sont inoculés et enfermés dans le même local que les autres. Rien d'étonnant à ce que ces derniers deviennent, eux aussi, phthisiques, puisque la phthisie est une maladie contagieuse, ainsi que j'aurai à vous le dire.

Autre cause d'erreur: des matières inertes peuvent produire des lésions simulant la tuberculose; mais ce sont de fausses tuberculoses, ainsi que l'a démontré M. H. Martin.

Ainsi donc, il existe un bacille particulier chez les tuberculeux, et, jusqu'à présent, ce bacille n'a été rencontré que chez les tuberculeux.

Pour augmenter la force de sa démonstration, Koch a cultivé le parasite dans du sérum sanguin qu'il avait stérilisé au préalable, en le plaçant pendant plusieurs jours à une température de cinquante-huit degrés, et en le portant ensuite à soixante-dix degrés. La culture est faite à trente-huit degrés, température normale de nos viscères.

Lorsque l'on a placé dans le liquide la matière tuberculeuse aussi fraîche que possible, on voit apparaître, quinze à vingt jours après, des colonies de bacilles susceptibles d'être cultivés à leur tour.

Quand, par des cultures successives, on est arrivé à la quinzième ou vingtième génération, on peut admettre que le bacille est absolument isolé, et que si, inoculé dans ces conditions, il produit la tuberculose, c'est qu'il est bien réellement l'agent de cette maladie.

Or, l'expérience a été faite, et elle est concluante: l'inoculation du liquide d'une quinzisième culture rend les animaux tuberculeux, avec plus de facilité que s'il s'agissait de la matière tuberculeuse ordinaire. Koch a pu même rendre tuberculeux des animaux qui, comme le chien, le deviennent difficilement par les procédés de Villomin. Cette facilité plus grande s'explique par ce fait, que le bœille est inoculé directement.

Telles sont les considérations qui nous permettent d'admettre que la tuberculose est une maladie virulente: nous verrons ultérieurement quelles sont les conséquences de cette grande découverte.—(A suivre).

Les albuminuries.—par PAUL LE GENDRE, interne des hôpitaux.—L'importante communication que vient de faire à notre Académie de médecine le professeur Semmola, de Naples, imprime un cachet tout spécial d'actualité à l'étude des urines albumineuses: l'occasion est propice pour examiner où en est la question de l'albuminurie.

Voilà bien longtemps que la discussion s'est engagée sur les causes et la signification clinique de ce symptôme; il ne semble pas cependant que les problèmes qu'il soulève soient encore résolus. En présence de plusieurs théories opposées, dont aucune n'a pu jusqu'ici triompher complètement, la critique a dû prendre une attitude éclectique; celle-ci se reflétait dans les conclusions par lesquelles M. Dreyfus-Brisac terminait l'an dernier un limpide exposé de l'état de la question.

Le mot albuminurie, création assez médiocre de Martin Solon, est resté vivace, malgré la tentative de Gubler pour lui substituer celui de leucomurie ou diabète leucomurique, et demeure universellement employé pour désigner la sécrétion par les reins d'une urine albumineuse; toutefois, cette sécrétion urinaire anormale se produit dans tant de circonstances pathologiques et peut-être même physiologiques, si dissemblables, qu'il a paru légitime de consacrer ces dissemblances, en substituant le pluriel au singulier dans le titre de cette Revue.

Gubler disait déjà: "Il n'est guère de maladies tant soit peu intenses et fébriles, dans lesquelles l'albuminurie ne puisse se montrer temporairement, et beaucoup d'affections chroniques en sont accompagnées." Déjà à ses yeux une distinction s'imposait: "Parmi les albuminuries, il en est de *transitoires* accompagnant les affections les plus diverses, aiguës et mêmes chroniques, et ne durant qu'autant que durent les désordres occasionnés par la cause pathogénique commune. D'autres, en vertu d'une disposition particulière de l'économie, ou se développent d'une manière en apparence spontanée, ou bien survivent à la cause efficiente et continuent à subsister en dehors de toute entité nosologique. Elles sont pour ainsi dire *continentes* et, constituant le symptôme capital, imposent leur nom à l'état morbide complexe. Les premiers cas méritent de conserver la dénomination d'albuminurie symptomatique. Les seconds ont été décrits jusqu'à présent sous le nom de maladie de Bright."

Cette distinction posée par Gubler est plus que jamais de mise aujourd'hui, puisqu'il ressort des plus récents travaux que ces divers états albuminuriques reconnaissent des modes pathogéniques différents.

I.—Les raisons invoquées pour expliquer le passage de l'albumine dans les urines sont réductibles à trois théories pathogéniques. "Toutes

trois trouvent encore des défenseurs et renferment sans doute une part de vérité." (Dreyfus-Brissac).—L'albuminurie est toujours le symptôme d'une lésion des éléments histologiques du rein : théorie *anatomique*.—Elle provient d'un trouble de la circulation rénale : théorie *mécanique*.—Elle est la conséquence directe d'une altération du sang : théorie *dyscrasique*.

M. Lécorché qui a pleinement adopté la première, voit la cause de l'albuminurie dans une lésion plus ou moins profonde de l'épithélium des canalicules. De fortes raisons s'opposent à ce qu'on puisse s'y rallier sans réserve : elle ne saurait en effet rendre compte des faits d'albuminurie transitoire, et cependant morbide, qui ne s'accordent guère avec l'idée d'une lésion matérielle persistante (Charcot). Elle est encore moins applicable aux faits d'albuminurie latente et même physiologique, dont nous aurons à parler plus loin. La lésion anatomique des canaux droits et contournés ne peut d'ailleurs, même quand elle est constatée, rendre compte de l'albuminurie ; car l'expérimentation physiologique (albuminurie par ligature temporaire de l'artère rénale), l'examen de certaines néphrites au début (Ribbert, Cornil) ont démontré que les matières albuminoïdes filtrent exclusivement à travers le glomérule, dans la capsule duquel on voit toujours se déposer en premier lieu l'exsudat albumineux. C'est donc l'existence d'une *glomérulo-néphrite* qui permet de comprendre que l'albumine du sang puisse passer dans l'urine, lorsqu'une substance comme la cantharide, ou les agents parasitaires comme les microbes des maladies infectieuses, ont, en s'éliminant, irrité la membrane glomérulaire et modifié à la fois sa structure et son fonctionnement. Mais ce sont à peu près les seuls cas auxquels elle s'applique.

La théorie mécanique, surtout adoptée en Allemagne, rapportait autrefois l'albuminurie à une augmentation de pression dans les vaisseaux glomérulaires. M. Charcot a démontré qu'elle avait cessé d'être en harmonie avec les travaux physiologiques récents. Il résulte des expériences de Goll et Stokvis que l'excès de pression dans les vaisseaux du rein ne suffit pas pour produire l'albuminurie ; de celles d'Overbock et Runeberg, que l'abaissement de la pression est une condition plus favorable à la transsudation de l'albumine. Posner et Litten, Bamberger ont fait ressortir l'importance d'un autre facteur : *le ralentissement du cours du sang*. M. Charcot voit aussi la condition pathogénique principale dans le *séjour prolongé d'un sang peu oxygéné* dans les capillaires rénaux. Ainsi comprise la théorie mécanique peut s'appliquer à l'albuminurie des affections cardiaques, de la cyanose chéloriforme et même du processus fébrile.

La théorie dyscrasique consiste à invoquer avec Gubler "un excès de l'albumine du sang relativement aux globules et relativement aux dépenses de l'économie en matières protéiques"—*superalbuminurie* d'ailleurs non démontrée—; soit, avec Semmola, une modification non quantitative, mais *qualitative* des albuminoïdes du sang, qui, devenant impropres à être assimilés par l'organisme, y jouent le rôle de corps étrangers et doivent être éliminés. Nous résumerons plus loin les arguments fournis par le médecin italien pour justifier sa manière de voir, qui s'applique plus particulièrement à l'albuminurie brightique.

II.—Les théories précédentes ont été invoquées tour à tour, suivant les cas, pour expliquer les *albuminuries transitoires*, dont les progrès de

la technique urologique ont permis de décèler l'existence dans tant de circonstances, et auxquelles M. Capitan vient de consacrer une remarquable thèse.

Les albuminuries transitoires sont fréquentes dans les pyrexies.

Gubler a montré que l'albuminurie est d'une constance presque absolue dans la fièvre typhoïde. Ordinairement légère et peu abondante, elle semble être d'origine dyscrasique, tenant à l'élimination de matériaux albuminoïdes incomplètement brûlés, tenant aussi à l'existence presque constante d'une néphrite catarrhale légère. L'influence de l'hyperthermie semble s'exercer d'une part par les modifications chimiques qui portent sur tous les tissus et produisent rapidement des altérations rénales; en second lieu par les troubles profonds de la circulation rénale, vraisemblablement d'ordre réflexe, au même titre que l'action produite sur le cœur et la respiration.

Dans d'autres circonstances, l'albuminurie peut être attribuée à l'existence d'une néphrite spéciale, signalée par M. le professeur Bouchard, *néphrite infectieuse*. En effet, les agents infectieux, s'éliminant par le rein, irritent cet organe par leur passage, l'altèrent dans sa structure, ainsi que l'atteste une dégénérescence granuleuse des cellules épithéliales, des hémorrhagies glomérulaires, etc. Cette décharge de bactéries par le filtre rénal une fois terminée, le rein revient facilement à l'état normal; l'albuminurie cesse, sauf dans certains cas exceptionnels où la néphrite infectieuse peut laisser après elle une néphrite vulgaire susceptible de passer à l'état chronique.

C'est à ce propos que M. Bouchard a fait connaître l'existence de deux variétés d'albumines, se distinguant l'une de l'autre par des caractères physiques différents grâce à l'action successive des réactifs et de la chaleur. "Tantôt l'albumine précipitée se rétracte en une masse unique ou en particules ténues, en même temps que le liquide s'éclaircit; tantôt le liquide reste uniformément opalescent, et l'apparence caillébotée ne se produit pas ou n'apparaît que tardivement." La première est *rétractile*, la seconde ne l'est pas.

Les *albumines rétractiles* seraient les *albumines de toutes les néphrites*: elles entraînent l'idée de lésions rénales. Les albumines non rétractiles s'observent dans certains cas de maladies à hyperthermie (pneumonie pleurésique, rhumatisme, goutte aiguë, érysipèle, fièvre typhoïde); elles se rencontrent généralement dans des états apyrétiques sans lésions rénales, tels que le diabète, l'obésité, la chlorose, les convalescences, elles correspondent à un vice d'élaboration de la matière azotée qui n'est plus retenue par le filtre normal; *l'albumine non rétractile est celle des dyscrasies*.

"Mais, nous dit M. Capitan, et c'est là l'avis actuel de notre maître, si, dans certains cas, cette différenciation est neutre et doit être conservée (cas où l'on obtient uniquement un louche très opaque, sans grumeaux), dans le plus grand nombre des circonstances, cet aspect tient simplement à la teneur plus ou moins grande de l'urine en albumine ou à l'état de dilution de cette urine."

En dehors des états pyrétiqes et infectieux, l'albuminurie transitoire a été obtenue expérimentalement ou constatée cliniquement dans un nombre considérable de circonstances: excitation de l'encéphale, de la moëlle, des nerfs, des organes des sens, des plexus abdominaux; irri-

tation de l'intestin, excitations de la peau, hyperthermie, asphyxie. Le système nerveux paraît jouer un rôle prépondérant dans la genèse de ces albuminuries transitoires, en modifiant par voie réflexe la circulation rénale.

Il existe même une catégorie d'albuminuries transitoires se produisant chez des gens bien portants sous des influences surtout nerveuses (travail cérébral, veilles, excitations génésiques), si bien que Senator considère l'albuminurie comme un phénomène presque physiologique.

III.—Il nous reste à parler de la cause et de la nature de l'albuminurie permanente du mal de Bright, telle que tendent à les établir les travaux de M. Semmola.

Dès 1850, le professeur italien ayant remarqué que l'albuminurie s'accroît sous l'influence de l'alimentation azotée et diminue par l'usage des féculents, concluait que le point de départ de l'albuminurie est un défaut de combustion des albuminoïdes du sang. En 1861, il annonçait que le passage de l'albumine à travers le rein peut se faire sans qu'il existe aucune altération de l'épithélium, et que c'est au contraire l'élimination prolongée de l'albumine qui produit d'abord l'hyperémie du rein, puis l'irritation de ses éléments histologiques.

Il faisait valoir à l'appui de sa théorie hémotogène de l'albuminurie brightique les arguments suivants. Dès le commencement de l'affection l'urée diminue dans l'urine sans qu'on la voie s'accumuler en aucun point de l'organisme; l'albumine des urines représente les mêmes caractères chimiques que celle du sérum sanguin; la lésion rénale est constamment bilatérale, comme cela doit être sous l'influence d'une cause générale; la maladie de Bright est un type clinique dont l'unité a été morcelée bien à tort en vue d'expliquer des lésions anatomiques essentiellement variables.

Depuis trois ans, M. Semmola, convaincu que les réactions chimiques sont trop imparfaites pour différencier les différentes albumines, s'est efforcé de chercher la cause des diverses espèces d'albuminurie dans la différente diffusibilité des albuminoïdes du sang, ceux-ci étant d'autant plus assimilables qu'ils sont plus diffusibles.

Or, d'après lui, les albuminoïdes du sang sont plus diffusibles dans l'albuminurie brightique que dans les autres, l'albuminurie de cause mécanique par exemple. Chez les brightiques qui guérissent, l'examen du sérum sanguin, avant et après la guérison, montre que la diffusibilité des albuminoïdes augmente, diminue ou cesse proportionnellement à la quantité d'albumine contenu dans l'urine. Il est donc naturel d'admettre que le premier terme de cette proportion est avec le second dans le rapport de cause à effet. La diffusibilité exagérée des albuminoïdes tient à une modification chimique moléculaire qui les rend inassimilables, et cette constitution vicieuse dérive elle-même d'une insuffisance des fonctions de la peau.

En faveur de cette dernière opinion, M. Semmola rappelle que, chez les animaux soumis au vernissage, la diffusibilité des albuminoïdes augmente en proportion de l'étendue des téguments recouverts de l'enduit isolant, et que l'on constate le passage de l'albumine dans la bile. Dans les cas d'eczéma, de séborrhée chroniques, de psoriasis suffisamment généralisés, l'albuminurie apparaît. Chez les brightiques, l'analyse de la bile faite après la mort, pendant la vie celle de la sueur et de la salive provoquées artificiellement, montrent que ces liquides contiennent de

l'albumine, tandis qu'ils n'en contiennent pas chez les malades devenus albuminuriques par d'autres causes, affections cardiaques, néphrites, dans lesquelles l'élimination de l'albumine dépend, soit de l'état de la circulation locale, soit des altérations épithéliales.

M. Semmola conçoit donc ainsi le processus brightique. La première étape est constituée par un affaiblissement progressif des fonctions de la peau, sous l'influence excessivement lente du froid humide. Alors s'établit un état de la nutrition dans lequel les albuminoïdes, de plus en plus diffusibles et de moins en moins assimilables, deviennent comme étrangers à l'organisme: il appelle cet état l'*étéralbuminémie* (*étéros*, étranger). Par suite, d'une part, l'urée diminue, d'autre part, les albuminoïdes devant être éliminés, s'échappent par tous les émonctoires, le rein en première ligne.

Il restait à démontrer que les albuminoïdes inassimilables sont capables de produire, par leur passage à travers le filtre rénal, des désordres analogues à ceux de la néphrite brightique. Semmola a donc injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans le sang (pour éviter des accidents qui n'ont rien de comparable à l'*étéralbuminose* naturelle), d'abord de l'albumine d'œuf. Il n'a pas tardé à constater les lésions inflammatoires les plus nettes: hyperémie, puis extravasation globulaire dans la capsule et les conduits urinaires; migration des cellules lymphoïdes; tuméfaction trouble, dégénérescence graisseuse et nécrose des épithéliums; enfin même, prolifération commençante du tissu conjonctif. Ayant injecté ensuite des albuminoïdes moins hétérogènes (jaune d'œuf, sérum du sang, albumino-peptones, lait), il a vu que, plus leur constitution se rapproche de l'albumine du sang normal, moins leur passage à travers le rein est nuisible à cet organe.

En présence d'arguments cliniques et expérimentaux aussi logiquement enchaînés, il nous semble qu'on peut difficilement se refuser à admettre aujourd'hui la nature dyscrasique de l'albuminurie du mal de Bright.—*Union médicale.*

Des accidents pouvant compliquer la fièvre typhoïde.—Extrait d'une clinique du Dr W. H. Draper au *New-York Hospital*.—Les principaux accidents qui peuvent au cours d'une fièvre typhoïde mettre en danger la vie du patient sont: 1^o la congestion des poumons; 2^o la perforation des intestins; 3^o la perforation d'un vaisseau sanguin. Ces trois points méritent une attention spéciale.

1. La toux se montre dans presque tous les cas et est due à un léger catarrhe bronchique. Il y a toujours plus ou moins de congestion à la base des poumons, ce qui est dû à la faiblesse de la circulation, au décubitus dorsal, au peu d'action des fibres musculaires et à la gêne des mouvements respiratoires. Il est bon de faire asseoir le malade pendant un certain temps ou de lui faire changer de position afin qu'il puisse, au moyen d'inspirations forcées, faire pénétrer le plus d'air possible dans les poumons. Il est toujours nécessaire d'augmenter la force d'action du cœur. Si la bronchite est violente on peut faire usage de ventouses sèches.

2. Les symptômes de perforation intestinale sont la douleur aiguë accompagnée de frissons, une prostration subite et un degré très marqué de collapsus. Cet accident aggrave beaucoup le pronostic. Il est possible que la réaction que l'on provoquera soit assez forte pour favo-

riser le développement de la péritonite. néanmoins, comme le malade est dans le collapsus et en danger immédiat, les stimulants et l'opium sont indiqués. L'opium produit un effet salubre sur le cœur et devra, pour agir promptement, être administré par voie hypodermique. Les sangsues, vésicatoires, etc. sont inutiles.

3. La présence du sang dans les déjections, indiquant qu'un vaisseau sanguin a été perforé par l'ulcération d'une des plaques de Peyer est un symptôme très grave. Il faut assurer au malade un repos absolu, l'engager à résister autant que possible au désir d'aller à la garde-robe, et tâcher d'arrêter la diarrhée. L'opium est encore indiqué ici. Les astringents devront être administrés par voie rectale; pris par la bouche, ils ne feront aucun effet vu que la lésion est située dans une partie profonde des intestins.—N. Y. *Medical Record*.—*Southern Practitioner*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

La lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du Dr Bigelow.—Par le DR DELEFOSSE. (1)—Ainsi, pour le chirurgien américain et ses adeptes, le passage répété d'instruments pendant trois heures à travers le canal, la présence d'un instrument volumineux dans la vessie pendant le même laps de temps, le traumatisme rénal qui résulte de cette longue séance, ne sont rien en comparaison des accidents qui peuvent être produits par les fragments de calculs.

Si encore M. Bigelow admettait que cette opération ne peut être entreprise dans de telles conditions que par un chirurgien expérimenté, mais non; pour lui, la lithotritie est *aujourd'hui une question d'appareils!*

Je ne puis que m'élever très fortement contre cette opinion qui, une fois admise, serait la ruine de la lithotritie. Je dis, au contraire, que l'opération classique, et surtout la lithotritie rapide en plusieurs séances, n'est praticable que par des chirurgiens très expérimentés, et nous sommes heureux de voir l'éminent professeur M. Guyon partager nos idées en n'admettant, avec le chloroforme, que des séances courtes et en instruisant ses élèves des difficultés inhérentes au manuel opératoire de la lithotritie.

Les chirurgiens, partisans de la lithotritie en une séance, parlent de succès obtenus avec des prolongations de durée de plus de trois heures. Cela ne prouve absolument rien pour la méthode en général. Nous savons tous qu'il y a des malades qui ont, suivant l'expression consacrée, des *vessies en zinc*. Il faut en outre tenir compte, chez ces opérés, de l'état des reins, de la constitution générale, et enfin de l'immunité chirurgicale de certains individus. On peut ajouter que ces malades eussent probablement guéri, avec moins de danger, en employant la méthode du broiement en plusieurs séances. "Nous avons beaucoup de sang dans nos opérations", nous disait un jour un chirurgien américain, partisan de Bigelow. Il n'y a rien d'étonnant à ce résultat; il serait même extraordinaire qu'il en fût autrement.

Les chirurgiens français ne suivent pas, généralement, la même voie;

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'août.

enhardis par les succès obtenus par le chloroforme, ils n'ont vu là qu'un moyen de supprimer autant que possible un facteur mauvais de l'opération, l'irritabilité vésicale, et le pouvoir de prolonger les séances, ce qui était impossible chez un malade éveillé. Ils tiennent un raisonnement très simple et très logique. Il est évident que plus les séances seront longues, sans cependant dépasser une limite fixée par des états morbides pour ainsi dire inhérents à la maladie elle-même, néphrite, état général, etc., plus on a de chances de débarrasser vite le malade. Or, quelle est la cause qui exige la brièveté de ces séances? L'irritabilité vésicale. Avons-nous à notre disposition un agent capable de diminuer ou de supprimer cette cause? Oui, le chloroforme; donc, donnons le chloroforme; et l'irritabilité vaincue, les séances pourront être plus longues. Quant aux fragments, évidemment ils peuvent être cause d'irritabilité, mais pas aussi souvent qu'on le croit. Nous ne voyons donc pas la nécessité de débarrasser le malade en une seule séance, quand cette séance doit dépasser les limites au delà desquelles il peut naître pour le malade des complications sérieuses beaucoup plus graves que les accidents dus au contact des fragments avec le col de la vessie.

J'ajouterai qu'en fait, bien des opérations, durant actuellement 20 minutes, sous l'influence du chloroforme, ne demandent généralement qu'une séance; on peut faire beaucoup de bonne besogne en 20 minutes, quand la main est exercée, et, de même que la lithotritie ancienne triomphe avec les petits calculs, la lithotritie avec le chloroforme a un plein succès lorsque le calcul n'est pas trop gros et peut être broyé et évacué en 20 à 25 minutes.

Mais la nécessité admise par M. Bigelow d'enlever le calcul en une seule fois n'exige pas seulement une séance d'une longue durée, elle demande aussi l'emploi d'instruments à évacuation spéciaux d'un calibre considérable.

Un cathéter du calibre n° 30 pourra bien passer au méat sans lésion, il pourra bien cheminer dans les portions spongieuse et musculieuse sans amener trop de dégât, et encore à la condition que ce passage ne sera pas trop répété; mais, à la portion prostatique, l'instrument rencontrera souvent une résistance due aux déformations de la prostate, à l'engorgement sénile de la glande, état morbide fréquent chez les calculeux qui ont dépassé la cinquantaine.

Ces critiques une fois exposées avec la plus grande impartialité, et dictées seulement par l'expérience et l'étude approfondie de l'opération, il ne me coûte nullement d'ajouter que le chirurgien de Harvard a rendu un grand service au corps chirurgical en faisant voir à ce dernier combien, dans certains cas, le chloroforme pouvait être utile; il lui a montré qu'il pouvait se lancer dans une voie qui, jusqu'à présent, était pour lui pleine d'inconnues et où il n'osait s'engager, satisfaisait des résultats obtenus jusqu'à présent.

J'ajouterai que le moral de l'opéré étant moins surexcité, les accidents généraux sont atténués; il m'est arrivé, il y a deux ans, d'endormir un calculeux, excessivement nerveux, non pas pour diminuer les douleurs vésicales après les séances, car elles étaient insignifiantes et cédaient facilement à un traitement approprié, mais pour calmer la surexcitation produite par l'idée de l'opération. Les séances qui furent faites sous l'influence du chloroforme ne donnèrent lieu à aucune réaction fébrile; les autres, au contraire, où le malade était éveillé, furent suivies de fièvre.

Depuis que j'emploie plus souvent le chloroforme avec des séances de 15 à 20, 25 minutes, ces accidents fébriles, nerveux, ont pour ainsi dire disparu complètement.

L'agent anesthésique a donc non-seulement les avantages de permettre de prolonger les séances, de diminuer l'irritabilité vésicale, mais encore de rendre le calme au moral du malade.

M. Bigelow pense que le chloroforme permet d'employer la lithotritie dans des cas où, jusqu'à présent, elle a cédé la place à la taille. Les raisons que j'ai développées dans ce travail m'engagent à être très réservé sur cette question: ne demandons à une méthode de traitement que ce qu'elle peut donner sûrement: exiger d'elle davantage, c'est la compromettre. La lithotritie a déjà peu de chirurgiens qui la pratiquent, car elle demande beaucoup d'étude, d'expérience pour produire son plein effet; la placer dans des conditions plus dangereuses, c'est affaiblir son action et la déconsidérer.

Opérations de goîtres. — Les docteurs J.-L. Reverdin et Aug. Reverdin publient, dans la *Revue de la Suisse Romande*, le détail des opérations nombreuses de goîtres qu'ils ont été appelés à pratiquer (22 observations). Ils conseillent d'opérer sans retard un goitre qui a déjà causé des accès de suffocation. Quand ceux-ci ne se sont pas produits, il est difficile de dire d'une façon précise si tel goitre deviendra suffocant, si tel autre pourra rester longtemps encore inoffensif; il est à remarquer cependant que le développement rapide de la tumeur est d'un pronostic plus grave à ce point de vue que son accroissement lent: cette rapidité dans l'évolution est particulièrement redoutable si elle s'effectue *malgré un traitement médical rationnel*.

Mais il est des cas moins pressants comme symptômes qui doivent cependant éveiller nos craintes: ce sont ces goîtres développés à la face antérieure du cou, dans sa partie inférieure; pour eux, la situation anatomique crée le danger bien plus que le volume.

Le moindre accroissement sera péniblement ressenti, puisque le développement en avant se trouve bridé par une barrière osseuse, la fourchette sternale. Dans ce cas encore, il faut opérer de bonne heure, dès que la maladie ne reste pas stationnaire, car nous sommes en face d'accidents probables. On peut ranger dans cette même catégorie le cas de goitre rétropharyngien, si habilement opéré et guéri par le professeur E. Bœckel.

Dans quelques cas, nous avons observé l'apparition de douleurs du côté de la nuque, de la tête, dans les épaules, et jusque dans les bras; nous les avons attribuées à des phénomènes de compression, et nous nous demandons s'ils ne peuvent servir de guide, si ce ne sont pas les avant-coureurs de troubles plus graves de suffocation.

Le meilleur moyen d'éviter les échecs opératoires est, pour nous, de ne pas attendre les troubles de compression pour agir; quand ces accidents compromettent déjà la vie, l'opération est elle-même des plus dangereuses, notre statistique le prouve. Nous ne disons donc pas: *opérons quand les complications graves ont surgi et menacent la vie*; mais bien: *opérons avant l'apparition de ces complications*. Chercher le moyen de prévoir les accidents est donc un problème dont la solution serait des plus utiles.

Un motif d'opérer que nous ne saurions admettre, c'est le côté

cosmétique : on verra parfois une jeune femme, fort attristée par la présence d'une tumeur thyroïdienne, insister auprès du chirurgien pour être délivrée de ce souci d'amour-propre ; dans les cas de ce genre, nous ne pensons pas qu'il faille asquiescer à ce désir et nous ne pensons pas que le chirurgien doive mettre son bistouri au service d'une simple coquetterie féminine. Le traitement médical trouve là au contraire un champ d'activité fort convenable et aura la certitude d'être ponctuellement suivi, voire même avec exagération ; à propos du traitement médical, insistons sur ce fait que jamais nous n'entreprenons, sauf urgence, l'opération avant d'avoir essayé du traitement par les eaux minérales (Eau de Challes, de Wildeg. de Solis, etc.) ou par l'iodofôrme en pilules. Ces médications fournissent certainement des résultats, et, lorsque les circonstances le permettent, nous avons soin de leur demander tout ce qu'elles peuvent donner.

L'intervention décidée en principe, quelle opération choisirons-nous ? S'il s'agit d'un simple kyste, nous nous contenterons de le fendre et de suturer ses bords à la peau. La cicatrice est un peu plus difforme qu'à la suite de l'extirpation, mais l'opération, bien plus facile et moins grave, nous a donné d'excellents résultats.

Si nous avons affaire à un goître lobulé (adénome), nous essayerons de l'énucléer. Mais ce procédé restera plutôt un procédé d'exception, pour les raisons que nous avons données. à l'avenir, cependant, nous chercherions à l'employer toutes les fois qu'il sera praticable.

Dans le goître, qu'il soit parenchymateux ou kystique, on sent parfois un lobe bien distinct et mobile, tandis que le reste du corps thyroïde paraît fixe et normal ; dans ces cas, en somme assez communs, on devra s'efforcer de ne faire qu'une *extirpation partielle*, c'est-à-dire de borner son action à la partie malade, en se rappelant toutefois que l'illusion est facile et que les adhérences sont souvent plus intenses que l'examen extérieur ne le laissait prévoir. Soyons donc toujours prêts à poursuivre, c'est-à-dire à pratiquer l'*extirpation totale*, si l'on ne peut faire autrement. Cette opération, nous l'avons vu chemin faisant, a donné lieu à des accidents parfois sérieux ; c'est à elle qu'il faut surtout rapporter les désordres que nous considérons comme d'origine vasculo-nerveuse ; c'est à sa suite encore que nous avons eu à lutter contre l'hémorrhagie secondaire ; c'est à elle enfin que nous devons rapporter nos deux cas de mort. — *Revue de thérap. médico-chirurgicale.*

Trachéotomie ; nouveau dilatateur, par W. J. OTIS, de Boston. — La trachéotomie n'est pas une opération facile, et ce n'est pas sans raison que les chirurgiens la pratiquent avec tant d'hésitation et de crainte. De temps en temps, on voit apparaître un instrument nouveau ayant pour but d'en rendre le manuel opératoire plus facile, mais bien peu de ces instruments sont employés par la majorité des opérateurs. Aucun même n'est indispensable, car tout chirurgien compétent peut, dans un cas d'urgence, pratiquer l'opération avec les instruments contenus dans une trousse ordinaire, remplacer le tube par un stylet ou un bout de fil de fer recourbé, ou se dispenser du tube en saturant le bord cutané de la plaie avec la trachée. Mais, s'il en a le temps, le chirurgien choisit avec beaucoup d'avantage les instruments les mieux appropriés à chaque cas particulier.

Parmi les nombreux instruments destinés à la trachéotomie, les plus importants sont les trachéotômes et les dilataleurs. Le couteau est incontestablement supérieur à tous les trachéotômes; ces derniers sont même dangereux entre des mains inexpérimentées. Pour ce qui est des dilataleurs, ils sont d'une application difficile, échappent facilement et prennent tant de place qu'ils nuisent beaucoup à l'introduction de la canule. La figure ci-jointe représente un instrument imaginé par l'auteur — un tenaculum et un dilataleur combinés



Le jeu de cet instrument est le même que celui du dilataleur de Richardson: les deux lames, au lieu d'être parallèles, sont recourbées à angle de façon à pouvoir rétracter les parties molles et chacune se termine par un crochet dont la pointe regarde en bas pour en faciliter l'introduction. En appliquant ces deux pointes légèrement contre la trachée et en écartant les lames de l'instrument, les crochets pénètrent en laissant entre eux assez d'espace pour introduire le bistouri. L'instrument sert alors de tenaculum pour tirer la trachée en avant et la fixer solidement avant d'en faire l'incision: c'est là un grand avantage chez les enfants dont la trachée est située profondément et se déplace facilement. Pour ouvrir la trachée, on introduit le couteau entre les lames de l'instrument et à mesure qu'on coupe les anneaux de l'organe, l'instrument sert de dilataleur et écarte efficacement les lèvres de la plaie sans qu'on ait à craindre de le voir échapper.

On peut alors examiner l'intérieur de la trachée, en enlever les fausses membranes ou les corps étrangers et arrêter l'hémorrhage avant d'introduire la canule. Comme les branches du dilataleur ne prennent pas de place, il suffit d'ouvrir la trachée tout juste ce qu'il faut pour permettre d'y introduire la canule. Celle-ci est introduite sans difficulté: pour enlever le dilataleur, il suffit d'en fermer les lames. Cet instrument a donc l'avantage:

1° De servir de tenaculum pour soulever la trachée et en contrôler les mouvements; 2° de servir de dilataleur sans que le chirurgien ait à craindre d'échapper l'ouverture trachéale; 3° il ne prend pas de place et permet l'introduction de la canule dans la plus petite ouverture possible. — *Canada Lancet*.

Arsenic et diabète.—Le Dr. Longeville (*Journ. de thérap.*) administre la solution de Fowler à dose progressivement croissantes dans le diabète. Il en donne de dix à trente gouttes par jour, et constate que par ce moyen il diminue beaucoup la proportion du sucre dans l'urine et même la quantité d'urine secrétée.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des polypes fibreux et de leur ablation. (1)—Clinique de M. T. GALLARD, à l'Hôtel-Dieu. — Je ne fais d'exception que pour la ligature à l'aide du serre-nœud de Levret, qui doit être proscrit dans tous les cas. Elle trouvait ses indications lorsqu'on n'avait à choisir qu'entre elle et l'excision avec l'instrument tranchant, qui exposait aux hémorragies. Mais aujourd'hui que nous avons à notre disposition bien d'autres moyens plus efficaces encore d'éviter les hémorragies, nous pouvons nous dispenser d'exposer nos malades aux chances d'infection, résultant de la putréfaction dans le vagin d'un corps se sphacélant par suite de l'arrêt de la circulation que détermine dans son pédicule une constriction lente, prolongée durant plusieurs jours, avant qu'elle ne parvienne à l'ulcérer assez profondément pour qu'il se rompe. Je proscrierai donc tout à fait et cette ligature, que l'on serre un peu plus tous les jours, et la ligature élastique, par laquelle on a voulu la remplacer, parce qu'elle conduit au même résultat : la gangrène et par suite l'infection, pour ne conserver que les divers procédés d'excision extemporanée, dont chacun trouve, comme je l'ai déjà dit, ses indications spéciales suivant les cas.

Si le pédicule est long et grêle et surtout s'il est peu vasculaire, le plus simple est de le couper avec l'instrument tranchant, ciseaux ou bistouri. On pourra toujours arrêter avec quelques gouttes de la solution de perchlorure de fer une hémorrhagie qui se produirait dans ces circonstances, et il serait même souvent facile de la prévenir en pratiquant la torsion ou le broiement du pédicule, préférablement à la section. Mais je dois vous prévenir que la torsion du pédicule n'est pas chose aussi simple qu'on serait tenté de se l'imaginer, et qu'il faut des manœuvres souvent longues pour arriver à rompre ainsi ces pédicules dont la gracilité encouragerait à essayer de ce procédé.

L'excision simple, réservée pour les pédicules longs, grêles et peu vasculaires, peut devenir dangereuse dans des conditions opposées. Elle présente, en outre, de sérieuses difficultés d'application lorsque le polype s'insère très haut dans la cavité utérine, par un pédicule large et court. C'est alors qu'il y a le plus grand avantage à pratiquer la section par écrasement, et l'instrument de Chassaignac a marqué un réel progrès dans la pratique de ces opérations souvent délicates et difficiles. Seulement cet instrument, en raison de sa configuration et de son volume, ne peut être appliqué avec succès que si le polype est inséré très bas sur le col et tout près du vagin ; alors nul ne peut lui être préféré. Mais il est absolument impossible de s'en servir si l'insertion a lieu très haut dans la cavité utérine. C'est alors que le serre-nœud de Maisonneuve, avec anse métallique, doit lui être avantageusement substitué. Le mode d'action est le même, il n'y a d'avantage que dans la plus grande flexibilité de l'anse sécatrice, qui en rend le maniement et l'application plus faciles.

Mais cette anse, plus souple et plus maniable, n'a pas la même solidité que la chaîne de Chassaignac, et il n'est pas rare de la voir se rompre au milieu d'une opération, pour peu que le pédicule soit gros

(1) Suite et fin — Voir livraison du mois d'août.

et résistant. C'est ce qui m'est arrivé plusieurs fois, et, en particulier, tout dernièrement devant vous. Dans ce cas, quoique j'aie fait usage d'un câble assez gros, formé par trois fils de fer; quoique la constriction ait été pratiquée avec toutes les précautions possibles et surtout avec la plus grande lenteur, puisqu'elle durait depuis plus d'une heure, nous avons vu l'anse se rompre et il m'a fallu achever péniblement l'opération, en me servant alternativement des ciseaux et du bistouri. C'est une éventualité à laquelle je vous recommande d'être toujours préparés, si vous ne voulez pas éprouver de trop rudes mécomptes dans la pratique, en vous exposant à laisser une opération inachevée.

Vous serez moins exposés à ce mécompte si, au lieu de l'action mécanique de la constriction, vous employez l'action caustique de l'anse métallique chauffée par un courant électrique, comme je l'ai fait chez la femme que je viens d'opérer.

Si j'avais l'exclusivisme que je viens de critiquer, je vous dirais que ce procédé est de beaucoup le meilleur, qu'il doit être employé préférentiellement à tous les autres, en raison de la rapidité, de la sûreté et je pourrais même dire de l'élégance avec lesquelles il donne le résultat désiré. Mais je ne suis pas si facile à enthousiasmer, et, tout en lui reconnaissant d'énormes avantages au point de vue du manuel opératoire, je me demande s'il ne présente pas certains inconvénients, inconnus ou non encore signalés jusqu'à ce jour, au point de vue des accidents consécutifs à l'opération. J'ai vu plusieurs fois des accidents graves survenir plusieurs jours après une opération ainsi pratiquée, et quoiqu'il n'y ait eu ni péritonite ni même métrite aiguë, je ne suis pas certain que ces accidents ne puissent pas être attribués à l'action de l'anse galvanique, exerçant, dans l'intérieur de la cavité utérine, un rayonnement dont l'influence caustique a pu se propager bien au delà du point directement touché par cette anse. C'est une question que je me réserve d'étudier avec tout le soin qu'elle mérite.

En attendant, et si partisan que je sois de la section par l'anse galvanique, dans les cas où la chaîne de Chassaignac et le serre-neud de Maisonneuve ne peuvent être employés, je suis tout disposé à lui préférer, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, la section avec la simple ficelle (mèche à fouet) qui vient d'être pratiquée devant vous, avec un remarquable succès, par M. Lucien Boyer, inventeur de ce procédé dont la description m'entraînerait plus loin que je ne veux aller en ce moment.

Il me suffit de vous dire, et c'est par là que je termine, que la grande difficulté, dans tous les procédés de section du pédicule, aussi bien avec la ficelle de M. Boyer qu'avec le fil de fer de Maisonneuve ou l'anse galvanique, consiste dans l'application de l'anse, qui doit enserrer ce pédicule, en passant entre la tumeur et la paroi utérine. A ce moment de l'opération, on se trouve entre deux écueils également importants à éviter : aller assez loin pour ne pas tomber au milieu de la tumeur ; ne pas aller trop loin pour ne pas léser la paroi utérine.

Ce dernier inconvénient serait le plus grave de tous ; il constituerait un véritable danger, et on peut toujours l'éviter si l'on a soin de laisser les choses en place au moment de l'opération, sans exercer sur la tumeur des tractions imprudentes qui pourraient déterminer une inversion de la paroi utérine et la faire comprendre, comme cela est arrivé à de très habiles chirurgiens, dans la section qui doit porter exclusivement sur le pédicule.—*Gaz. des Hôpitaux.*

De la délivrance par traction et par expression ; par M. le Dr RIBEMONT-DESSAIGNES. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.—Le fœtus expulsé des organes génitaux, si la femme est abandonnée à elle-même, la délivrance pourra se faire par les seules forces de la nature ; l'utérus, grâce à sa contractilité et à sa rétractilité, chassera le placenta et ses annexes. Toutefois, ce dernier temps de l'accouchement étant très long, alors qu'on l'abandonne à lui-même, presque tous les accoucheurs ont été, aux différentes époques, d'avis qu'il valait mieux intervenir.

La première idée qui soit venue au médecin fut d'exercer des tractions sur le cordon, pratique exclusivement employée jusqu'à Mauriceau qui donna le conseil d'adjoindre aux tractions des pressions sur la partie inférieure de l'abdomen. Busch et non Johnson, ainsi qu'on le croit à tort, fit jouer le rôle capital, sinon exclusif, aux pressions et frictions exercées sur le bas-ventre. C'est cette dernière méthode qui, précisée par Crédé, a pris le nom de méthode d'expression, et s'est posée en rivale de l'ancienne, ou méthode de traction. Au Dr Ribemont a été dévolue la tâche de faire le parallèle entre les deux méthodes et de nous exposer l'état actuel de la question.

Après avoir exposé l'historique de la question, l'auteur aborde l'étude ethnographique de la délivrance et nous fait assister aux différentes pratiques employées par des peuples plus ou moins barbares. On peut, chez ces différents peuplades, reconnaître l'ébauche des deux méthodes qui actuellement se disputent la priorité parmi nous.

Le mécanisme de la délivrance normale est exposé avec beaucoup de clarté, et nous trouvons dans ce chapitre particulièrement deux points intéressants à signaler. Le premier a trait au mode de décollement du placenta ; pour vérifier les assertions de Baudeloque et celles de Duncan, l'un prétendant que c'est la face fœtale du placenta qui se présente à l'orifice interne, l'autre que c'est son bord, l'auteur a établi, avec l'aide du Dr Pinard, une statistique portant sur 77 délivrances, et de laquelle il résulte que 63 fois le placenta fut expulsé par sa face fœtale, 11 fois par son bord et 3 fois par sa face utérine. Statistique qui montre le bien fondé des deux théories, tout en établissant que le mécanisme admis par Duncan est relativement rare et constitue l'exception.

Le second point a trait au rôle de la contraction et de la rétraction utérine dans l'expulsion des annexes utérines. Dans une série de tracés graphiques pris à l'aide d'un appareil spécial mesurant la pression intra utérine pendant la délivrance, l'auteur montre que, contrairement à ce que pensent quelques accoucheurs, la contraction et la rétraction utérine ont une très faible énergie pendant ce temps de l'accouchement... La rétraction se traduit au manomètre par une faible élévation, et on ne note en général que deux ou trois contractions utérines, faibles pendant la progression du placenta. De là cet enseignement que si nous voulons imiter la nature nous ne devons employer que des moyens doux ; toute manœuvre énergique est en désaccord avec ce qui se passe à l'état normal.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé très soigné des deux méthodes de délivrance. Le plaidoyer en faveur de la méthode par traction est conduit avec beaucoup d'entrain, et certes, cette méthode, qui n'a cessé d'avoir le premier rang en France, ne pouvait trouver un meilleur avocat que le Dr Ribemont. La lutte est conduite pas à pas

et pour chacun des temps de la délivrance. Au premier temps, pour le décollement, il faut simplement exciter l'utérus, aider sa rétraction; or, pour ce faire, loin d'employer la manœuvre violente de l'expression, il faut se contenter de douces frictions sur le fond de l'utérus. — Au second temps, le placenta est décollé; des tractions faites sur le cordon favoriseront beaucoup mieux la progression du placenta que les pressions qu'on pourrait faire sur l'utérus. — Au troisième temps le placenta est dans la cavité vaginale: à quoi bon exprimer l'utérus, le placenta n'occupe plus sa cavité, n'est-il pas tout indiqué d'extraire simplement cet organe à l'aide de la tige funiculaire?

Donc, quel que soit l'étape de la délivrance que l'on considère, la méthode par expression se montre inférieure à son adversaire. Est-ce à dire pour cela qu'elle doit être absolument bannie? non, loin de là.

Voici d'ailleurs les propres termes de l'auteur à ce sujet:

“ La délivrance par traction, voilà la règle.

“ La délivrance par expression, voilà l'exception.

“ Mieux vaut tendre et tirer doucement sur le cordon, qu'exposer l'utérus et le placenta à des pressions qui, mal conduites, ne sont pas sans danger.

“ Mieux vaut l'expression que l'introduction de la main dans l'utérus.” — *Progrès médical*.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales; par M. le Dr MARGRIER. Thèse d'agrégation. Paris, 1883. — Peu favorisé par le sort a été le Dr Maygrier dans le sujet qu'il a eu à traiter; car, si la septicémie puerpérale existe, si elle est la même qu'on l'a connue autrefois, les épidémies ont disparu ou tendent à disparaître depuis l'application de la méthode antiseptique. C'est donc une étude rétrospective que l'auteur a eu à faire, et il s'est acquitté de ce travail, un peu ennuyeux pour un jeune clinicien, avec beaucoup de talent.

M. le Dr Maygrier a divisé sa thèse en trois parties: dans la première, il fait l'histoire des épidémies de fièvre puerpérale; dans la seconde, la critique historique de la fièvre puerpérale; dans la troisième enfin, il décrit des formes variables de l'empoisonnement puerpéral.

Impossible de résumer l'historique de la question qui contient la description rapide de toutes les principales épidémies observées; il demande à être lu en entier, ainsi que l'excellent tableau traduit de l'ouvrage de Churchill et qui résume toutes les épidémies ayant régné de 1803 à 1861.

La fièvre puerpérale à laquelle on réserve aujourd'hui le nom de septicémie puerpérale, a d'abord été considérée comme une entité morbide, comme une maladie essentielle. A la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine de Paris en 1858, on voit l'idée de l'essentialité de cette maladie soutenue par P. Dubois, Danyau, Trousseau, Depaul. A côté de cette théorie en naissait une plus jeune, qui devait jeter un nouveau jour sur la question et qui constituait une étape pour arriver aux idées actuelles. Bouillaud, Cazeaux, Cruveilhier, Velpeau, pensèrent que, loin d'être essentielle, la maladie était caractérisée par certaines lésions qu'on trouvait à l'autopsie, phlébite, lymphangite, péritonite. Les accidents généraux n'étaient que le retentissement de l'état local. En un mot, c'était des localisateurs.

Les symptômes généraux avaient été bien mis en relief par les essen-

tialistes; les symptômes locaux avaient été précisés avec exactitude par les localisateurs. Il restait à déterminer le poison qui, par sa pénétration, causait ces différents méfaits. A Pasteur et à ses élèves revint le mérite de cette découverte, et, si ce poison n'est pas encore parfaitement connu, au moins sait-on qu'il est constitué par des microbes. On admet donc aujourd'hui que la septicémie puerpérale est causée par la pénétration dans l'organisme, de microbes ou de bactéries, dont la présence dans l'économie cause les symptômes locaux et généraux observés dans cette maladie.

La méthode antiseptique, en luttant efficacement contre le microbe, a fait disparaître les épidémies de septicémie puerpérale. Quant aux différentes formes que peut affecter cette maladie, elles ont actuellement pour le pathologiste peu d'importance, elles constituent simplement des localisations variables du principe infectieux. Il n'y a pas plus lieu de décrire différentes formes de fièvre puerpérale que différentes formes de rhumatisme ou de fièvre typhoïde. Suivant les cas, suivant les personnes, suivant les conditions atmosphériques ou autres, tel organe sera plutôt affecté que tel autre, mais la maladie reste la même. Toutefois l'auteur ne pouvait se soustraire à la description de ces différentes formes, aussi les énumère-t-il en donnant leurs principaux symptômes. Les formes lymphangitique, péritonéale, pleurétique, pulmonaire, cardiaque, arthritique, meningitique, gangreneuse, éruptive, phlébétique, sont successivement étudiées par lui.

Nous trouvons, à la fin de la thèse, un chapitre intéressant où sont décrits les cas de septicémie puerpérale atteignant aussi la femme enceinte. Nous voyons aussi cette même septicémie sortir de la puerpéralité pour atteindre des femmes dont l'utérus est à l'état de vacuité et aussi les nouveau-nés; transmission qui justifie cette idée reçue aujourd'hui par beaucoup de pathologistes, à savoir: que la septicémie puerpérale n'est autre que la septicémie ordinaire, chirurgicale, évoluant sur le terrain puerpéral.—AUVARD. in *Le Progrès médical*.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la lotion du col utérin avec la solution de nitrate d'argent.—Le professeur Braun (de Vienne) rappelle un cas dans lequel il fut appelé en consultation auprès d'une femme moribonde, arrivée seulement à la moitié de sa gestation et que des vomissements incoercibles avaient réduite au dernier degré de la faiblesse. Le médecin traitant avait décidé de faire la délivrance artificielle comme dernière ressource. Le professeur Braun conseilla au préalable de baigner la portion vaginale dans une solution au dixième de caustique lunaire. Ce qui fut fait, puis la surface fut rapidement séchée pour prévenir une cautérisation ultérieure. Le succès du traitement fut si grand et si immédiat qu'une heure après la malade put manger avec plaisir une tranche de veau, et que les vomissements cessèrent à partir de ce moment. Le professeur Braun pense que l'hyperémésis devrait être rayée de la liste d'indication de l'avortement provoqué. Il n'a jamais observé un cas de mort par vomissements incoercibles. En France, on a recours fréquemment à l'avortement pour faire disparaître ce symptôme, on observe que les vomissements ne sont arrêtés que dans les quarante centièmes des cas seulement, tandis que dans dix cas sur cent l'opération est fatale.—*Bull. thérap.*—*Paris médical*.

Des gerçures du mamelon comme cause d'infection puerpérale.

— Dans le développement de la fièvre puerpérale, on tient très peu de compte des gerçures des mamelons; ces gerçures sont considérées comme la cause fréquente d'accidents locaux douloureux et inflammatoires, mais on ne pense pas à les incriminer dans les cas d'infection. C'est à tort, ainsi que le prouve l'observation suivante de Kaltenbach: une primipare, après avoir eu de très bonnes suites de couches, mais affectée de gerçures aux deux seins, est, cinq semaines après son accouchement, subitement prise de frissons, de fièvre intense et même de délire pendant la nuit: on ne tarde pas à découvrir un érysipèle, qui, parti du sein droit, gagna ensuite l'épaule correspondante pour se terminer après avoir envahi la nuque. La femme habitait un village où, depuis un an, on n'avait, au dire du médecin, vu d'érysipèle. En cherchant les causes de cette infection, Kaltenbach trouva que la sage-femme qui soignait la femme en question, à ce même moment avait deux clientes atteintes de fièvre puerpérale grave, dont une fut suivie de mort: il n'y a aucun doute que cette sage-femme ait été le véhicule du poison. Or, en modifiant un peu le cas, en admettant que les manifestations cutanées de l'affection aient été moindres ou nulles, que la femme ait été prise de ces accidents quelques jours après l'accouchement, on n'aurait certainement pas pensé à incriminer les gerçures des seins, mais seulement quelque solution de continuité visible ou invisible, dans les organes génitaux. On voit à quelle erreur d'interprétation on pourrait ainsi s'exposer.

L'auteur développe et soutient ensuite l'idée exposée par Spiegelberg dans son traité d'accouchements, que l'abcès du sein dans l'état de puerpéralité ne se produit que sous l'influence d'une substance septique. Une femme peut avoir de l'engorgement lacteux, elle peut avoir des gerçures au mamelon, mais l'abcès ne se produira que lorsqu'un élément septique aura pénétré par la solution de continuité. La gerçure est à l'abcès du sein ce qu'une plaie utérine est à la paramétrie.

Cautérisations et pommades constituent les moyens thérapeutiques habituels, qui, loin de guérir la plaie, ne font souvent que l'irriter. Aussi beaucoup de médecins renoncent-ils à traiter les gerçures et en abandonnent le soin aux sages-femmes. C'est à la méthode antiseptique qu'il faut avoir recours; on pourra l'appliquer de la façon suivante: quand la gerçure est petite, récente, lavage après chaque tétée avec de l'eau phéniquée à 3 ou 5 pour 100, veiller à la propreté de la bouche de l'enfant et à ce qu'il n'ait pas de muguet; quand la gerçure est plus étendue, même traitement, mais on mettra en plus, en permanence sur le sein, des compresses imbibées d'eau pure ou légèrement phéniquée, afin de préserver de tout contact et d'absorber le pus qui pourrait s'écouler. Au lieu de l'acide phénique, on pourrait employer le sublime ou l'acide borique, mais l'auteur n'a pas d'expérience personnelle à l'égard de ces médicaments. Grâce à ce traitement strictement appliqué, on évitera les abcès du sein, et l'on verra les gerçures se fermer assez rapidement. *Bulletin de thérap.—Médecin praticien.*

PÉDIATRIE.

La diarrhée chez les enfants. (1) — Clinique de M. JULES SIMON à l'Hôpital des Enfants Malades. — Après vous avoir parlé successivement de la lientérie catarrhale, de l'entérite aiguë, de l'entérite pseudo-membraneuse, de la diarrhée cérébrale ou mieux compliquée d'accidents identiques à ceux d'une méningite aiguë, après avoir montré les différences caractéristiques qui existent entre la diarrhée cholériforme ou choléra infantile et le choléra véritable, entre l'entérite dyssentérique et la dysenterie; après vous avoir fait un tableau succinct, mais aussi complet que possible, des diverses formes que l'entérite aiguë peut revêtir, il me reste à vous entretenir aujourd'hui de l'entérite chronique, de la diarrhée syphilitique, de la diarrhée à forme intermittente dont je ne vous ai dit que quelques mots, et de la diarrhée diphthéritique et gangréneuse, pour en avoir fini avec le chapitre de la diarrhée chez les enfants.

L'entérite chronique est la pierre d'achoppement des jeunes médecins presque toujours appelés, à leur tour, à donner leurs soins à des enfants depuis longtemps déjà en traitement entre les mains d'autres confrères. Tous ont recours aux astringents, aux opiacés, au régime diététique, avant d'avoir découvert parfois la cause véritable de l'affection, scrofule, tuberculose, syphilis, etc.; aussi la médication n'aboutit-elle qu'à un demi-résultat, et peu après le mal réapparaît. C'est alors qu'il faut compléter le traitement — après l'opium — par la craie, par le bismuth, par l'eau de Vals (source Saint-Jean), dont je vous ai déjà parlé précédemment, puis par les révulsifs sur la peau, par la teinture d'iode, par le coton iodé, par l'huile de croton tiglium, médication à laquelle on doit joindre une hygiène particulière, une alimentation choisie de substances ni grasses ni féculentes en excès, le lait et une nourriture azotée. Enfin, si la médication ne suffit pas, l'on arrive à la viande crue, très bon moyen par lequel je finis le traitement, tandis que d'autres médecins l'emploient au début. Je ne la prescris, en effet, malgré les bénéfices que le malade peut en retirer, que lorsque les autres moyens n'ont pu amener la guérison, et cela en raison du développement du anmia que l'usage de la viande crue entraîne souvent avec lui. Je l'ai maintes fois observé, et il ne se passe pas de mois où je n'en vois quelque exemple chez les enfants que leurs parents amènent à la consultation. Aussi, je le répète, ce n'est qu'en dernier lieu que je recommande l'emploi de la viande crue. Tout d'abord je la fais saisir par un feu ardent, puis réduire en pulpe, pour la donner à la dose de 50, 60 et 100 grammes, selon l'âge de l'enfant, soit dans du sucre, soit dans de la confiture s'il le préfère, soit enfin dans tout autre véhicule qu'il accepte facilement. Mais, quoi que l'on fasse, ce traitement, il faut bien le savoir, doit être longtemps prolongé pour arriver à la guérison, et celle-ci sera grandement aidée par les bains sulfureux, par les eaux de Plombières. Cette station en effet, est celle qui, en pareils cas, m'a rendu le plus de services, bien que ces eaux ne contiennent que très peu de principes minéralisateurs, moins même, je dirai, que l'eau de Seine. Les eaux de Plombières ont des propriétés

(1) Fin. — Voir la livraison d'août.

qui nous sont encore inconnues, il est vrai, mais qui cependant ne nous laissent aucun doute sur leur efficacité chez les enfants.

— Dans la diarrhée des petits syphilitiques, il faut tout d'abord savoir bien distinguer si les accidents ne sont pas le résultat de l'alimentation, auquel cas le traitement spécifique n'aurait aucun effet. Mais lorsque chez les petits enfants atteints de syphilis héréditaire la diarrhée est entretenue par une hypersécrétion et une hyperfluxion du foie, diarrhée caractérisée par des selles vertes et abondantes, lorsque le lait, leur seule nourriture encore, est mal digéré, le dépérissement est rapide. Chez eux, il ne faudrait donc pas s'arrêter aux apparences de contradiction du traitement spécifique de la syphilis avec la diarrhée. Il faut au contraire aller droit à la liqueur de Van Swieten et aux frictions hydrargyriques, malgré la diarrhée. Bien que cette liqueur ait une action purgative, vous devrez néanmoins tenter de la donner; car, par sa spécificité, le médicament agira le plus souvent et sur l'hypersécrétion de l'organe hépatique et sur l'état général, et il diminuera ainsi, si même il ne les arrête pas tout à fait, les phénomènes diarrhéiques. Cependant si, malgré la médication spécifique, la diarrhée persiste encore, suspendez-en l'emploi pendant un jour ou deux et donnez, dans l'intervalle, un peu de laudanum, du sous-nitrate de bismuth et du diascordium, pour revenir ensuite, les jours suivants, à la liqueur de Van Swieten et aux frictions hydrargyriques.

— Les enfants atteints de diphthérie sont malheureusement aussi sujets à la diarrhée; mais chez eux le traitement est particulier. En effet, autant je vous ai vanté les bons effets de l'opium dans l'entérite, autant je m'en interdis l'emploi dans la diphthérie et la gangrène, où il enlèverait l'enfant plus vite que la maladie elle-même, le tuant plus sûrement encore.

Chez ces enfants, donnez, au contraire, les stimulants sous toutes les formes; donnez l'alcool à haute dose, donnez le bismuth, la craie, le café noir; donnez du vin de Champagne; donnez toutes substances excitantes et capables de relever et soutenir les forces du petit malade.

Agissez aussi de la même façon dans le cas où vous avez affaire à des enfants atteints de gangrène de la bouche ou de la vulve.

— Enfin, avant de terminer, quelques mots encore de la diarrhée de la fièvre intermittente. Ici il y a des diarrhées aiguës et des diarrhées chroniques qui n'ont d'autre origine que le paludisme, et que l'on ne parvient pas à arrêter par le traitement ordinaire, mais que l'on peut seulement diminuer ou enrayer pour quelque temps. Chez l'enfant à la mamelle, cet origine palustre est généralement difficile à diagnostiquer. L'accès intermittent est le plus souvent insaisissable, qu'il soit diurne ou nocturne. Chez l'enfant que l'on vient de sevrer ou chez le petit être âgé de deux à trois ans, la fièvre intermittente est assez souvent tierce ou double tierce et l'accès, quelquefois nocturne, est plus caractérisé. J'ai vu, chez un enfant, la fièvre palustre se manifester par une diarrhée subite et profuse, par des vomissements et un refroidissement général tel que la mort s'ensuivait. Dans ces diarrhées palustres, la médication est des plus importantes à bien faire d'emblée, sans tâtonnement. Il ne faut pas compter sur l'opium, ni sur les astringents, ni sur les cathartiques. Un seul médicament est indiqué par la nature même des accidents, c'est-à-dire le sulfate de quinine. C'est lui

qu'il faut administrer immédiatement sans perdre de temps. Vous le donnerez en poudre dans du café noir ou dans du sirop de groseilles, dix ou douze heures avant l'accès. Chez l'enfant à la mamelle vous le donnerez soit en lavements, soit en frictions sur la peau. La dose de ce médicament, administré par la bouche, est de 20 à 30 centigrammes chez un enfant âgé de deux ans.

Voilà ce que je voulais dire de la diarrhée sous les différentes formes qu'elle peut revêtir. — *Gazette des hôpitaux.*

De la marche des éruptions dans la scarlatine, la rougeole et la variole.—Clinique de M. GERMAIN SÉE à l'Hôtel-Dieu.

Scarlatine.—La scarlatine débute brusquement par des frissons violents et une fièvre énorme accompagnés ordinairement de vomissements, surtout chez les enfants.

Cette période prodromique ne dure qu'un jour. L'éruption sort dans les vingt-quatre heures, qu'il y ait ou non une angine—car celle-ci n'est pas constante. Elle apparaît d'abord sur le tronc et principalement sur la poitrine, quelquefois aux extrémités, sur les mains, auquel cas on peut être certain qu'il s'agit de la scarlatine.

La durée de l'éruption est de cinq à six jours, et la température tombe habituellement le quatrième ou le cinquième jour de l'éruption, ce qui donne un total de cinq jours de fièvre suraiguë.

Variole.—La variole débute, comme la scarlatine, d'une façon brutale, par un violent frisson généralement suivi de vomissements. La fièvre, qui est suraiguë, atteint son maximum dès les premiers jours. La durée des prodromes est de trois à quatre jours.

L'éruption commence constamment à la face et pendant au moins vingt-quatre heures on ne voit rien sur le tronc ni aux extrémités. Elle est complète en six ou huit jours, et la fièvre tombe dès que la papulation de la face est faite, c'est-à-dire au bout d'un jour, après une durée totale de quatre jours et demi à cinq jours.

Ce qui précède concerne la variole discrète; dans la variole confluente, la période des prodromes n'est que de deux jours; la fièvre est également suraiguë, mais la durée de l'éruption est définie.

Rougeole.—La rougeole diffère totalement des maladies précédentes. Elle a quatre jours de prodromes, et plus parfois, qui peuvent embarrasser le médecin; tout au plus est-on éclairé par la toux qui survient dans les vingt-quatre heures qui précèdent l'éruption.

Celle-ci se montre d'abord à la face comme dans la variole, et s'effectue en quatre jours.

Quant à la fièvre, dont la marche est graduelle, elle cesse le deuxième jour de l'éruption, après une durée totale de cinq jours en général.

Telle est la manière dont les choses se passent neuf fois sur dix: c'est assez dire de quelle utilité pour le diagnostic est la parfaite connaissance de toutes les indications que je viens de vous retracer très sommairement. — *Le Praticien.*

Hypéridrose des mains et des pieds.—Le *Druggist's Circular* conseille d'humecter les parties une ou deux fois par jour avec un mélange de naphтол 5 parties, glycérine 10 parties, et alcool 100 parties, puis de les saupoudrer avec un mélange de naphтол et d'empois, 2 parties pour 100. — *Méd. and Surg. Rep.*

FORMULAIRE.

Accidents syphilitiques.—*Mauriac.*

Pour le pansement des ulcérations primitives, des plaques muqueuses, des syphilides ulcéreuses, etc., *Mauriac* conseille l'emploi de la solution de chloral ainsi formulée :

Eau distillée.....	Oj
Hydrate de chloral.....	ʒi grs xv
Teinture d'eucalyptus.....	ʒiiss

Pour faire disparaître les taches pigmentaires laissées par certaines syphilides, *M. Mauriac* emploie la solution suivante avec laquelle on doit lotionner fréquemment les parties ; ou, si elles ne s'effacent pas promptement, il faut les recouvrir en permanence avec un linge imbibé de cette solution :

Sublimé.....	grs iv
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	grs xii
Eau de Cologne.....	ʒi ʒii
Eau distillée.....	ʒiij ʒi

Dans le cas de psoriasis syphilitique palmaire et plantaire, la préparation suivante est utile pour hâter la disparition des lésions :

Vaseline	ʒi
Huile de cade.....	ʒss
Onguent napolitain.....	ʒss

—*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*

Furones.—*Shoemaker.*

R.—Extr. arnicæ.....	ʒi
Extr. belladonnæ.....	gr x
Extr. opii.....	gr v
Ung. simpl.....	ʒss

M.—Ft. ung. En applications continues sur la surface malade.—

Medical Bulletin.

Dermatite (érythémateuse, vésiculaire, &c.)—*Shoemaker*

R.—Lycopodii	}	ââ ʒii
Bismuthi subnitri		
Zinci oleat.....		

M.—Saupoudrer la surface.—*Medical Bulletin.*

Rhumatisme articulaire aigu chez les enfants.

R.—Quinæ sulph.....	gr xlvi
Veratriæ	gr $\frac{1}{8}$
Extract. digitalis.....	gr iij

M.—Ft. pil. no. 25. Dose : De huit à dix pilules par jour.—*Therap. Gazette.*

Vin de quinquina à la noix vomique.—*Fonssagrives.*

R.—Teinture de noix vomique.....	gtt xl
Vin de quinquina.....	ʒx

M.—Dose : Deux à quatre cuillerées à dessert aux personnes convalescentes ou aux anémiques dont l'appétit a besoin d'être stimulé.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1883.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montreal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montreal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHARRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montreal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Un abus.

Le *New York Medical Record* se plaignait dernièrement du fait que les afficheurs de la grande métropole américaine, mettant de côté toute pudeur, faisaient circuler en plein Broadway des individus portant des pancartes sur lesquelles on voyait annoncées les vertus magiques d'une panacée quelconque contre la débilité sexuelle. Mais ce n'était là, ajoute notre confrère, qu'un signe des temps. Les médicaments employés dans le traitement des affections sexuelles sont actuellement imposés au public d'une manière aussi excessive que dégoûtante. Quiconque s'aventure à faire un tour de promenade sur une de nos avenues peut s'attendre à ce qu'on lui offre la carte d'un spécialiste de gonorrhée ou l'avis d'un mode de traitement sûr et rapide de quelque maladie des organes génitaux. Les poteaux de télégraphe et les clôtures sont couverts de descriptions succinctes, mais significatives, se rapportant à quelque méthode infallible de guérir les affections de l'urèthre. Nos grands jardins concerts ont maintenant sur leurs programmes l'annonce d'une "urétrine" merveilleuse, ou d'une seringue de poche perfectionnée. Quant à la presse, nous avons déjà parlé des annonces de guérisons de la gonorrhée telles que publiées par les journaux hebdomadaires religieux. Les feuilles quotidiennes laques sont depuis longtemps remplies de toutes sortes de réclames de ce genre. Nous n'en sommes pas encore là, Dieu merci, et nous espérons que cela mettra encore bien du temps à venir. Jusqu'ici, l'on a assez

respecté les sentiments du public pour ne pas pousser aussi loin qu'on le fait à New York la manie des *annonces sexuelles*, comme les appelle le *Medical Record*. Ces annonces restent limitées, ici, aux journaux quotidiens, et c'est déjà bien assez. Nous y voyons vantées les propriétés magiques de la " Médecine spécifique de Gray cure infailible pour faiblesse, spermatorrhée et toutes maladies résultant d'abus," et des *bougies* médicamentées d'Allan guérissant les cas réputés incurables, et destinées à remplacer le cubobo et le copahu. Plus loin, c'est le *Peabody Institute*, ou tout autre *institut* du genre, qui essaie d'attirer l'attention des lecteurs par le mot *virilité*, se détachant en majuscules en tête d'une annonce où l'on assure le recouvrement de la virilité perdue prématurément par les excès et les indiscretions. N'oublions pas le Rév. Luman qui veut bien aussi nous dire qu'il a, étant missionnaire dans l'Amérique du Sud, trouvé un remède infailible contre les pertes séminales, la débilité sexuelle, etc., et qui promet d'en envoyer la formule à qui voudra la lui demander.

L'inconvenance extrême de ces sortes de réclames n'échappera à personne. Il est des feuilles qui en sont tellement couvertes et où elles se détachent en si gros caractères qu'il devient presque impossible de laisser ces journaux circuler dans les familles.

On a, en certains lieux, qualifié d'acte immoral, le seul fait de publier l'affiche d'un théâtre où se jouent des pièces un peu lestes, et l'on ferme complaisamment les yeux quand il s'agit d'avis-réclames, où l'immoralité s'étale dans toute sa crudité. S'il est quelque part, dans notre code, un article qui pourvoit à la prohibition des publications indécentes, il y aura peut être lieu de l'appliquer au cas présent.

Questions d'étiquette.

Si nous en croyons le *Star*, une résolution aurait été unanimement adoptée à une séance de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal, tendant à condamner comme contraire à l'étiquette professionnelle, le fait de faire publier dans les journaux les noms des chirurgiens ayant pratiqué quelque opération dans les hôpitaux. Il est bel et bien, aurait-on ajouté, que le public sache que tel ou tel cas, accident, etc., a été transporté à tel ou tel hôpital, mais il est tout à fait inutile que les noms des chirurgiens ou médecins ayant charge de ces cas soient publiés.

Nous sommes tout-à-fait de l'avis de nos collègues de la Société Médico-Chirurgicale. Le public a droit de savoir tout le bien qui se fait dans les institutions charitables soutenues par lui, et les journaux font preuve de philanthropie en donnant toute la publicité possible à ces faits, mais il ne convient pas que la personnalité des médecins et chirurgiens ayant de tels cas sous leurs soins vienne s'y mêler. C'est là un genre de réclame qui sent trop le charlatanisme. D'un autre côté, il ne faut pas croire que chaque fois que le nom d'un médecin se trouve ainsi publié en rapport avec quelque fait de ce genre, ce médecin soit à blâmer. Il arrive très souvent que c'est à son insu et sans aucune participation de sa part que sa personnalité se trouve de la sorte mise en avant. Les *reporters* de nos journaux, peu au fait de ce qu'ils pourraient appeler des raffinements de délicatesse, n'y vont pas de main

morte habituellement et tiennent à donner à leurs lecteurs le plus de détails possibles.

C'est pour la même raison qu'il n'arrive pas le plus petit accident sur la rue sans que le nom du médecin appelé d'urgence soit publié en même temps que celui du malheureux patient. Ici encore, pourtant, il y a abus, et les *reporters* ne sont parfois que les instruments complaisants de quelque chercheur de renommée désireux de *percer* à tout prix. Nous connaissons tel praticien qui semble avoir fait une spécialité des accidents, tant il arrive de fois que son nom soit ainsi publié. L'autre jour, un journal du soir nous apprenait dans un même entrefilet : 1^o que l'enfant de M. A... s'était fracturé le bras et que M. le Dr B... avait été appelé; 2^o que dans la même journée, ou la veille, le même Dr B... avait été appelé auprès de Mme C... qui venait de se casser la cuisse ou le crâne. Evidemment, cette dernière partie du *fait divers* avait été fournie par le docteur lui-même au reporter. En face de petites semblables, combien le vrai mérite doit s'estimer heureux de ressembler si peu au *puff* du charlatan !

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ASHBY (Thomas A.) M. D. — *A contribution to the study of neglected lacerations of the cervix uteri and perineum.*

NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Distinction. — M. LE DR WM OSLER, professeur de physiologie à l'Université McGill, vient d'être élu *Fellow* du Collège Royal des Médecins de Londres (F. R. C. P. Lond.)

L'Association médicale canadienne a tenu sa seizième session, cette année, à Kingston, Ont., les 5, 6 et 7 septembre courant. L'élément canadien français y était dignement représenté. Dans notre prochaine livraison, nous donnerons à nos lecteurs un rapport détaillé des travaux qui ont été présentés à l'Association.

Le choléra. — Nos lecteurs sont déjà au courant des ravages qu'a faits en Egypte l'épidémie de choléra qui y sévit en ce moment. D'après les dernières nouvelles, le nombre de cas fatals va décroissant chaque jour, et les craintes que l'on avait entretenues au sujet de la propagation du choléra en Europe commencent à se calmer. Les mesures sanitaires les plus rigoureuses ont été prises sur tout le littoral de la Méditerranée, en Asie Mineure, etc., pour prévenir l'extension de l'épidémie.

Au 5 septembre, les victimes du choléra en Egypte, depuis le début, se chiffraient par 27,318.

Nécrologies. — A Toulouse, M. le DR FILHOL, professeur de chimie à la Faculté de Médecine; à Florence, le professeur PACINI, qui a donné son nom aux corpuscules découverts par lui; à Berne, M. le professeur G. A. VALENTIN, l'éminent physiologiste qui fut, avec Magendie, Cl.

Bernard, Jean Muller et Purkinje, une des lumières de son temps; à Paris, M. le DR A. CONTOUR; M. le DR ARCHAMBAULT, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, bien connu par ses remarquables travaux sur la pathologie infantile; M. le professeur PARROT, agrégé de la Faculté de Paris, médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés et de la Maison de la Légion d'Honneur, membre de l'Académie de Médecine. Tout le monde connaît ses beaux travaux sur l'*athrepsie* et la *syphilis infantile*. Ces deux dernières morts laissent d'unanimes regrets.

Les accouchements en France.—L'année dernière, sur 970,843 accouchements, 961,203 ont été simples, c'est-à-dire n'ont donné naissance qu'à un enfant.

9,333 ont produit deux enfants, et 107 seulement ont produit trois enfants.

Pour les accouchements simples, il y a eu 829,440 enfants nés vivants et 40,763 mort-nés; pour les accouchements doubles, il y a eu 16,672 enfants nés vivants et 2,394 mort-nés.

Enfin pour, les accouchements multiples, il y a eu 205 enfants nés vivants, 116 mort-nés.

On voit donc que, à naissances égales, les accouchements doubles donnent lieu à environ trois fois plus de mort-nés que les accouchements simples, et que dans les accouchements multiples, cette proportion est neuf fois plus considérable.

NAISSANCES.

GERMAIN. — Au village Saint-Jean-Baptiste, le 6 août, la dame du Dr Alex-Germain, un fils.

MADORE. — A la Pointe-Claire, le 23 août, la dame de G. Madore, Ecr., M. D., une fille.

LEBLANC. — A Montréal, le 2 septembre, au No 167, rue Mignonne, la dame du Dr J. A. Leblanc, un fils.

MARIAGES.

LABADIE-ARCHAMBAULT. — A Montréal, le 31 juillet dernier, par M. l'abbé J. Archambault, oncle de la mariée, Charles Auguste Evariste Félix Labadie, Ecr., M. D., de Montréal, fils de J. E. O. Labadie, Ecr., N. P., à Mademoiselle Marie Elizabeth Eugénie Archambault, fille de D. Archambault, Ecr., M. D.

GEOFFRION-PAQUET. — A Saint-Cuthbert, le 4 septembre, par le Rév. Messire A. Brien, curé du lieu, Victor Geoffrion, Ecr., marchand de Fall River, Mass., E. U., Mademoiselle Maria Georgina Francesca, fille de l'hon. Dr A. H. Paquet, sénateur pour la division de Lavallière.

DÉCÈS.

GERMAIN. — A Saint-Vincent-de-Paul, Isle Jésus, le 31 juillet dernier, M. le Dr Joseph Léopold Germain, d'Hochelaga, à l'âge de 26 ans et 7 mois.

PATOËL. — A Holyoke, Mass., le 5 août, à l'âge de 9 ans, Lellie Patoël, fille unique du Dr Patoël.

DUGAS. — A Saint-Rémi, le 10 août, à l'âge de 72 ans, Aimé Dugas, Ecr., M. D., autrefois de Saint-Constant.

LABERGE. — A Sainte-Philomène, le 22 août, à l'âge de 52 ans, Ed. Laberge, Ecr., M. D., et député de Chateauguay.

MADORE. — A la Pointe-Claire, le 23 août, à l'âge de 35 ans, Madame Anna Félicité Joséphine Robillard, épouse de G. Madore, Ecr., M. D.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — Contribution à l'étude du Jéquirity; par le Dr. A. A. Foucher, 385. — Lettre aux deux Wilfrid; Acide salicylique et rhumatisme..... 416

REVUE DES JOURNAUX. — **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.** — De la tuberculose parasitaire, 421. — Les albuminuries, 425. — Des accidents pouvant compliquer la fièvre typhoïde..... 429

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — La lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du Dr. Bigelow, 430. — Opérations de goitres, 432. — Trachéotomie; nouveau dilateur..... 433

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE. — Des polypes fibreux et de leur ablation, 435. — De la délivrance par traction et par expression, 437. — Des formes diverses d'épidémies puerpérales, 438. — Traitement des vomissements

incoercibles de la grossesse par la lotion du col utérin avec la solution de nitrate d'argent, 439. — Des gerçures du mamelon comme cause d'infection puerpérale..... 440

PEDIATRIE. — La diarrhée chez les enfants, 441. — De la marche des éruptions dans la scarlatine, la rougeole et la variole..... 443

FORMULAIRE. — Accidents syphilitiques, — Furoncles, — Dermatite (érythémateuse, vésiculaire, etc.), — Rhumatisme articulaire aigu chez les enfants, — Vin de quinquina à la noix vomique..... 444

BULLETIN. — Un abus, 445. — Questions d'étiquette, 446. — Bulletin bibliographique... 447

NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — Distinction, — L'Association médicale canadienne, — Le choléra, — Nécrologies, 447. — Les accouchements en France..... 448

Naissances. — Mariages. — Décès..... 448

Avis aux Médecins!

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE - PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

COIN DES RUES STE-CATHERINE ET ST-DENIS,

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

HYPOPHOSPHITES DE FELLOWS

(Syr : *Hypophos* : *Fellows*)

Contenant les

ELEMENTS ESSENTIELS à l'Organisation Animale—Potasse et Chaux :

Les **AGENTS OXIDANTS**—Fer et Manganèse ;

Les **TONIQUES**—Quinine et Strychnine ;

Et l'**AGENT EXCITANT**—le Phosphore,

combinés sous forme d'un Sirop à réaction légèrement alcaline.

IL DIFFERE, DANS SES EFFETS, DE TOUS LES AUTRES SIROPS

du même genre, car il est agréable au goût, acceptable à l'estomac et inoffensif malgré un usage prolongé.

Effets spécifiques et Mode d'administration.

Pour stimuler l'Appétit.—Prenez la moitié de la Dose Tonique, telle qu'indiquée ci-dessous, dans de l'eau très froide, mais non glacée, un quart-d'heure avant le repas.

Pour stimuler la Digestion et l'Assimilation.—Prenez la seconde moitié de la Dose Tonique, avec de l'eau pendant le repas.

Pour augmenter rapidement la Pesanteur du Corps.—Prenez la Dose Tonique et buvez habituellement et abondamment du lait chaud en sus de la nourriture ordinaire.

Pour soutenir le Travail Intellectuel.—Mêlez deux cuillerées à thé du Sirop à un grand verre d'eau froide, et buvez à petites gorgées pendant les heures de travail.

Pour tonifier les Cordes Vocales.—Prenez la Dose Tonique un quart-d'heure avant de chanter ou de lire.

Là où l'expectoration muqueuse est difficile, on réussira en bien peu de temps à la faciliter en répétant la Dose Tonique toutes les deux heures jusqu'à effet.

Sueurs Nocturnes.—Prenez la Dose Tonique à chaque repas et au coucher, pour exciter l'appareil nerveux des glandes sudoripares.

Contre l'Hypéridrose des Mains et des Pieds.—Prenez la Dose Tonique, évitez tout travail excitant, et occupez l'esprit de choses agréables et qui ne soient pas de nature à le fatiguer.

Dans la Convalescence de la Fièvre Typhoïde et des autres Fièvres graves, ainsi que dans les cas de Débilité due au séjour dans une localité chaude ou marécageuse, prenez la Dose Tonique.

Pour fortifier et développer les Enfants à la mamelle.—La mère prendra la Dose Tonique, telle que prescrite, avec sa nourriture.

Contre l'Insomnie.—Prenez la Dose Tonique avant le repas, Ceci s'applique plus particulièrement à ceux qui souffrent de Dyspepsie.

DOSES.

Tonique.—Une cuillerée à thé à chaque repas dans un verre-à-vin d'eau (froide). **Pour les Enfants,** proportionnez la dose à l'âge, c'est-à-dire de 9 à 12 ans, la moitié ; de 5 à 9, un tiers ; de 1 à 5, un quart.

Pour obtenir tout l'effet du remède, diluez-le **TOUJOURS** dans une grande proportion d'eau froide.

Employez la DOSE TONIQUE contre l'insomnie, la perte de mémoire, l'aphonie, le manque d'énergie, la timidité, la dépression mentale, les sueurs nocturnes, la dyspepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, les palpitations et les intermittances du cœur, la faiblesse de la respiration et la débilité congénitale.

REMARQUE.—En prescrivant, veuillez mettre en relief, comme ci-dessous, le mot Fellows :

Syr : Hypophos : Fellows,

et vous serez ainsi moins souvent désappointé.