

## 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.

---

## Extrait d'une leçon sur les empoisonnements,

DONNÉE PAR LE DR HUBERT LARUE,

Prof. à l'Université-Laval, Québec.

---

L'ancienne classification des poisons en irritants, narcotiques, narcotico-acres, tétaniques et septiques doit être conservée et vaut mieux que toutes celles que l'on a tenté de faire depuis. Cette classification a été adoptée par Orfila. Les avantages qu'elle présente sont les suivants : étant donné un cas d'empoisonnement, il n'est pas nécessaire de connaître exactement à quel poison particulier l'on a affaire pour instituer le traitement ; il suffit de reconnaître si l'on a affaire à un poison irritant, à un poison narcotique, à un poison narcotico-acre, tétanique ou septique. Peu importe quel est le poison, le traitement étant le même pour chacun des poisons de ces différentes classes, à l'exception des antidotes, qui, comme nous le verrons n'ont, en général, que fort peu d'importance.

On voit souvent, sur les journaux, qu'un individu empoisonné par telle ou telle substance a été guéri par le Dr un tel ou un tel grâce à un antidote qu'il lui a judicieusement administré. Permis au journaliste et au public de croire cela, mais le médecin qui connaît la toxicologie n'y croit pas. Il y a des tableaux contenant les divers antidotes pour chaque poison et dans les livres qui traitent des empoisonnements on voit aussi l'énumération de ces divers antidotes et des divers traitements. Tout cela est inutile et ne peut qu'embarrasser le praticien. Mais voici comment j'ai simplifié ces diverses méthodes.

### MÉTHODE DE TRAITEMENT DANS LES CAS D'EMPOISONNEMENTS.

En premier lieu, j'examine les symptômes dont les principaux sont les suivants pour chacune de ces classes de poisons :

1° *Irritants*. Nausées, vomissements, diarrhée (pas toujours) ; douleurs dans l'œsophage, dans l'estomac ; état fébrile, urine rare ; crampes, etc.

2<sup>o</sup> *Narcotiques*. Somnolence, sommeil, torpeur invincible, ralentissement du pouls et de la respiration, coma, etc.

3<sup>o</sup> *Narcotico acres*. Jactitation, délire ; quelquefois irritation du tube intestinal avec vomissements et diarrhée, etc.

4<sup>o</sup> *Tétaniques*. Convulsions spéciales, désignées sous le nom de convulsions tétaniques.

5<sup>o</sup> *Septiques*. Tous les symptômes de l'asphixie avec empoisonnement du sang.

Ces règles étant posées, lorsque vous êtes appelé auprès d'un individu empoisonné, la seule chose que vous avez à faire est de ranger votre malade dans l'une ou l'autre de ces classes.

Une fois que votre malade est classifié, le traitement se trouve par là-même institué. D'abord, vous devez opérer le rejet du poison, si possible. Pour ce rejet on recommande généralement les émétiques ; mais, bien souvent le médecin n'a pas d'émétique à sa portée ; il est loin de sa pharmacie, et ne peut pas en conséquence, les administrer. S'il prend la peine de revenir à sa demeure pour en chercher, le malade dans bien des cas a le temps de mourir bien des fois. Heureusement, il est un émétique, que tous les médecins ont à la main, c'est le doigt. On commence par faire avaler au malade de l'huile d'olive, de l'huile de ricin ou du lait, et l'instant d'après si le malade a sa connaissance, on lui prescrit de s'introduire l'index dans le gosier aussi loin que possible. Les substances nauséuses comme les huiles, facilitent le vomissement qu'on provoque 6, 7, 8 fois, jusqu'à ce qu'on ait acquis à peu près la certitude que tout le poison a été rejeté. Alors il ne reste plus qu'à faire la médecine des symptômes. Si vous avez affaire à un irritant il n'est nullement besoin de saignée générale ou locale, comme autrefois. Cette vieille pratique n'avait pour effet que de débilitier le malade. Le meilleur traitement à employer consiste à administrer des narcotiques pour calmer l'estomac et les intestins. Si l'individu continue à vomir il est inutile de songer à lui administrer ces narcotiques par l'estomac vu qu'ils seront rejetés aussitôt, et que l'estomac dans cet état d'inflammation, a perdu son pouvoir d'absorption. Alors on a recours aux injections par le rectum, prenant bien soin de vider ce dernier préalablement, à l'aide d'injections savonneuses, pour que ce narcotique ne se perde pas dans les matières fécales et vienne en contact avec la muqueuse. Dans le cas où il y aurait diarrhée on ne peut pas avoir recours à ce procédé parce qu'alors le narcotique est renvoyé avec les matières. De tous ces moyens celui qui réussit le mieux dans tous les cas, c'est une injection hypodermique de sulfate de morphine, à la dose de  $\frac{1}{8}$  de grain, au début, répétée plus ou moins

souvent, suivant les circonstances. Pour calmer la soif qui est toujours intense on donne de l'eau froide en petite quantité à la fois et fréquemment répétée, ou de petits morceaux de glace qu'on laisse fondre dans la bouche. Un sinapisme sur l'estomac mais un vrai sinapisme, (papier Rigolot) vu que la moutarde vendue dans le Dominion est falsifiée par un tiers de farine et ne produit pas d'effets) calme la douleur. Dans la dernière période lorsque l'état de collapse survient, avec peau froide, sueurs froides, pouls faible, fréquent, petit, les stimulants sont les médicaments appropriés, mais il faut les introduire de préférence par le rectum antérieurement débarrassé de son contenu, vu que l'estomac dans l'état d'inflammation où il est, peut le rejeter.

*Narcotiques.* La première chose à faire est encore d'opérer le rejet du poison. Si vous êtes appelé auprès du malade peu de temps après l'ingestion du poison, si le malade a encore sa connaissance, vous devez recourir immédiatement à l'introduction du doigt dans le gosier, lui ayant fait avaler préalablement des huiles ou autres substances nauséuses. Dans l'intervalle si vous avez à la main un émétique, vous devez l'administrer, mais l'introduction du doigt dans le gosier du malade opère plus rapidement. Si vous êtes appelé auprès du malade longtemps après l'ingestion du poison, si le malade est sans connaissance ou dans le coma, si il est pris de convulsions, il y aurait danger pour le médecin d'introduire son doigt dans le gosier du patient. Dans ce cas, il faut forcément avoir recours aux émétiques que l'on administre par la bouche si on le peut, ou par le rectum. Mais il arrive souvent que dans l'empoisonnement par les narcotiques, les émétiques même à haute dose, n'ont aucune action par l'estomac qui est dans un état d'inertie, et il n'y a pas d'absorption. Alors on introduit l'émétique par le rectum, en usant des précautions déjà énumérées. Dans le cas d'un empoisonnement par les narcotiques, les narcotico-âcres et les tétaniques il faut employer les émétiques les plus prompts qui sont le sulphate de cuivre et le sulphate de zinc. Si l'on n'a pas ces deux substances on a recours au tartre-émétique ou à l'ipecca. Comme injection par le rectum le tartre-émétique doit avoir la préférence et on doit l'administrer à haute dose, 4 ou 5 grs. J'ai souvent songé à l'emploi de l'*émétine* en injection hypodermique, mais c'est une substance rare qu'on ne trouve guère que dans les laboratoires. Dans certains cas d'empoisonnement par les narcotiques il faut avoir recours à la pompe gastrique. C'est un long tube pourvu de deux petites ouvertures latérales à une de ses extrémités, c'est-à-dire à celle qui pénètre jusque dans l'estomac, et ouvert à l'autre

extrémité. On introduit ce tube dans l'œsophage et on le fait pénétrer jusque dans l'estomac, ordinairement à l'aide d'un baillon percé d'une ouverture, afin d'empêcher le malade s'il n'a pas sa connaissance ou s'il est en convulsions, de couper le tube, avec ses dents, on ajoute une seringue à l'extrémité libre du tube puis on soutire le contenu du viscère. Mais il y a deux objections à l'emploi de cet instrument. D'abord les médecins ne l'ont pas; en second lieu, s'il y a des matières solides dans l'estomac, elles bouchent les ouvertures et rien ne sort.

Malgré tous nos efforts, il arrive souvent qu'on ne peut pas provoquer le vomissement dans les cas de narcotisme bien avancé. On se contente alors de faire la médecine des symptômes, c'est-à-dire, qu'on stimule l'individu, de préférence par le rectum préalablement vidé, à l'aide d'injections de thé fort ou de café. Ce thé doit être de bonne qualité, le café aussi, et doit contenir en proportion suffisante la théine et la caféine, qui sont leurs principes immédiats stimulants. La plupart des auteurs recommandent de préférence le thé vert au lieu du noir, sous prétexte que le thé noir contient moins de théine que le thé vert. A la suite des nombreuses analyses que j'ai faites de ces deux espèces de thé différentes, pour le gouvernement du *Dominion* du Canada, j'ai acquis la conviction que le thé noir contient autant, parfois plus, de théine que le thé vert. On peut aussi injecter les alcooliques : eau-de-vie, whiskey. J'ai souvent songé à employer la théine et la caféine, sous forme soluble, en injection hypodermique, mais ce sont des agents très-rares et qu'on ne trouve guère dans les officines des pharmaciens et des médecins. En même temps, on force le malade à résister au besoin de sommeil qui l'accable. On emploie tous les moyens possibles pour atteindre cet objet; on le fait marcher, on le tient assis dans son lit, on lui administre des soufflets, on lui lave la figure et la tête avec de l'eau froide. Et l'on continue ce traitement jusqu'à ce que le sommeil cesse, jusqu'à ce que le pouls soit relevé, et jusqu'à ce que la respiration soit revenue à l'état normal. Ce traitement exige, parfois, pas moins de 7, 8, 10 heures, et durant ce temps, le médecin ne doit pas laisser son malade. En général, quand les symptômes les plus alarmants sont passés, vous pouvez lui permettre de dormir, tout en restant auprès de lui. Si au bout d'une heure de sommeil le pouls et la respiration ont revêtu leur caractère normal, laissez-le dormir, ayant soin de tenir sa tête élevée. Il dort ordinairement pendant plusieurs heures. Ce traitement convient aux cas d'empoisonnement par tous les narcotiques.

*Narcotico-acres.*—Premièrement, rejet du poison par les

moyens déjà indiqués; deuxièmement, médecine des symptômes. Si ces symptômes se manifestent surtout du côté du tube intestinal, traitement comme pour les irritants. Si les symptômes sont ceux du narcotisme, même traitement que pour les narcotiques. Si les symptômes se manifestent et du côté du tube intestinal et du côté du cerveau, traitement combiné.

*Tétaniques.*—Premièrement, rejet du poison. C'est dans ces cas surtout que le médecin doit se garder d'introduire son doigt dans le gosier du malade; il courrait un grand risque de se le faire broyer.

*Septiques.*—Ces empoisonnements se traitent à l'aide de la méthode de Marshall Hall ou de celle de Sylvester. Ces mêmes traitements sont employés dans tous les cas d'asphyxie: submersion, pendaison, etc. Si l'individu se trouvait dans un appartement où le gaz est répandu, on commence par en sortir le malade, sans cela l'empoisonnement se continuerait. Dans la méthode de Marshall Hall, le malade est couché sur le dos, la tête un peu élevée. Pour cela, on ne va pas chercher au loin des oreillers, que le médecin peut remplacer facilement par son habit plié sous la tête du moribond. Il se place à côté du malade, puis, passant sa main sous le dos de ce dernier, il le ramène en avant, ayant soin alors de comprimer le dos, ce qui constitue le mouvement d'expiration. Il le ramène ensuite sur le dos et fait ainsi l'inspiration. Il exécute ces mouvements à raison de 20 fois par minute.

Dans la méthode de Sylvester, le malade est aussi couché sur le dos, la tête élevée. Le médecin se met pardessus lui, il ploie les avant-bras sur les bras, saisit les coudes et lui ramène les bras en arrière de la tête, puis les ramène en avant en comprimant la poitrine, puis en arrière encore, à raison de 20 à 25 fois à la minute. Le mouvement des bras en arrière est le mouvement inspiratoire; l'expiration a lieu dans le mouvement des bras en avant. Puis on continue pendant une heure, si besoin. La méthode de Sylvester est la plus efficace.

On ne donne rien au malade, les liquides peuvent passer dans la trachée et augmenter le mal. A la suite de ces asphyxies, il reste assez souvent des congestions de poumons, que l'on traite par les moyens ordinaires.

#### ANTIDOTES.

Dans certains cas, on doit avoir recours aux antidotes. On réserve ce nom aux seules substances qui neutralisent chimiquement les poisons. On divise les antidotes en deux classes:

les antidotes généraux et les antidotes spéciaux, Ces derniers ne conviennent qu'à un seul poison. Le lait et le sucre sont hautement appréciés par le vulgaire comme antidotes généraux. Le lait est bon, administré dans ces cas, mais il n'agit pas chimiquement, il retarde, à cause des principes solides qu'il contient, la solution des poisons. La substance qui a la propriété de neutraliser le plus grand nombre de poisons est l'albumine. Ainsi, les sels de fer, de cuivre, beaucoup d'autres, le bichlorure de mercure surtout, sont précipités par l'albumine ou le blanc d'œuf. L'albumine n'a pas d'action sur l'arsenic. Le plus grand nombre des poisons n'ont pas d'antidote qui mérite confiance. Dans la majorité des cas, il faut donc se borner à suivre le traitement général tel qu'ordonné.

AIMÉ TRUDEL, M.B.L.

Université-Laval, Québec, 19 Octobre 1880.

---

### Du thé comme agent thérapeutique.

Lu devant l'Association Médicale du Canada, à Ottawa, le 2 sept. 1880.

Par J. A. Sewell, M.A., M.D., Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Québec.

---

J'ai déjà publié sur la Gazette Médicale de Dublin et sur le *Lancet* de Londres quelques remarques sur les merveilleux effets du thé comme antidote de l'opium. Mais depuis lors l'expérience m'a fait découvrir à cet agent d'autres propriétés que je crois dignes d'être communiquées à la profession.

La première occasion que j'eus d'employer le thé fut chez une dame qui avait ingéré une si énorme quantité de "Batting's black drops" (Acetum Opii) que je crains presque de n'être pas eru si j'en spécifie le montant. Cependant, comme je n'ai aucune raison de douter de ce qu'on m'a rapporté à cette époque, je dirai que la malade avait pris, si ma mémoire ne me fait pas défaut, 3xxviii du médicament ci-dessus mentionné, soit 3ii toutes les demi-heures, depuis 4 hrs P.M. jusqu'à 11 hrs P.M. Quoiqu'il en soit de la dose, occupons-nous des effets. A onze heures P. M. elle eut une forte attaque de convulsions; à 11.30 où à peu près je fus appelé et la trouvai dans l'état suivant; extrémités tout à fait froides, pouls radial im-

perceptible, face pâle, froide et contractée, pupille contractée au point de paraître comme une pointe d'épingle; respiration, trois en deux minutes. D'après toutes les apparences elle était mourante. La malade était l'épouse d'un médecin; comme il était absent, je fis appeler mon collègue le Dr Jackson qui arriva vers minuit; il émit l'opinion qu'elle ne survivrait pas dix minutes.

Pendant qu'on allait quérir le Dr Jackson je fis préparer une forte infusion de thé vert et j'en injectai huit onces dans l'intestin. Vingt minutes après, à notre grand étonnement, le pouls devint perceptible au poignet. Une légère teinte rose apparut aux lèvres et la respiration de trois en deux minutes remonta à six par minute. Encouragé par ces merveilleux résultats, je fis une nouvelle injection de huit onces à minuit et dix heures. A dater de ce moment il se produisit une telle amélioration qu'à 4 heures du matin la malade me dit: "Veuillez allumer le gaz, je connais votre voix mais je ne vous vois pas." Le soleil versait en ce moment des flots de lumière dans l'appartement.

On m'a demandé: "Pourquoi n'avez-vous pas administré un émétique?" Je répondis: Parce que je ne crois pas que l'émétique le plus puissant put avoir aucun effet sur un estomac paralysé par une aussi énorme quantité d'opium. On m'a aussi demandé pourquoi je n'avais pas employé la pompe à estomac? Parce que je n'emporte pas toujours cet instrument avec moi quand je suis appelé pendant la nuit, mais surtout parce que je n'en voyais pas l'utilité, les symptômes me prouvaient qu'une grande partie du poison avait déjà été absorbée et accomplissait son œuvre fatale. En outre, je suis d'opinion que si j'eus tenté d'introduire la pompe dans l'état de prostration ou était la malade elle serait morte sur le fait.

Le thé doit être de préférence administré en injection parce qu'il sera plus vite absorbé par un intestin sain que par un estomac paralysé. La théine ou la caféine agiraient indubitablement plus vite qu'une simple infusion des feuilles, mais on n'a pas toujours ces principes actifs à sa disposition tandis qu'on a toujours le thé sous la main.

Dans le cas qui nous occupe la malade avait pris l'opium pour soulager les douleurs de l'angine de poitrine.

J'ai prescrit le thé de la même manière dans trois cas d'empoisonnement par l'alcool.

Le premier est celui d'un enfant de deux ans à qui on avait administré une certaine quantité d'alcool dilué (whiskey) le petit malade tomba dans un profond coma, état dans lequel je le trouvai à ma première visite. Je crus le cas désespéré. Néanmoins, confiant en mon remède j'administrai deux . es



de thé per rectum et j'eus la satisfaction de voir mon petit patient complètement rétabli en quelques heures.

Dans le second cas, il s'agit d'une petite fille de quatre ou cinq ans qui s'empara d'une bouteille de *whiskey* et s'en alla se cacher dans un appartement retiré où on la trouva quelque temps après dans un état comateux. Elle se rétablit promptement sous le même traitement.

Troisième cas. Un petit garçon de huit ans, fils d'un arbergiste, trouve accès, un matin, en dedans du comptoir et en présence d'une domestique boit sept verres de *whiskey* avant déjeuner. Je suis appelé vers neuf heures et trouve le petit ivrogne dans un coma alarmant. Désirant établir les bons effets du thé dans les cas de ce genre par le témoignage d'un autre médecin, j'eus la bonne fortune de pouvoir me procurer l'assistance de feu le Dr Blanchet, jr, jeune homme d'un talent brillant qu'une mort prématurée a trop tôt ravi à ses amis, au public en général et surtout à la profession. En voyant le gamin le Dr Blanchet émit l'opinion qu'il ne survivrait pas. Je me permis de différer d'opinion et assurai mon confrère qu'au moyen du thé je remettrais le malade sur ses jambes en une demi-heure. Je ne pus tenir ma promesse, mais au temps dit il se tenait sur les mains et les genoux et en deux heures il était bien.

Je crains de prendre une trop large part du temps de la convention, mais avant de finir, qu'on me permette d'ajouter que j'ai employé le thé dans le coma des fièvres tel que conseillé par Graves le puissant génie de Dublin et avec les résultats les plus satisfaisants. Le même remède m'a été très-utile dans les convulsions puerpérales et uréniques.

Je serai très-heureux si ces quelques remarques écrites de mémoire peuvent induire quelques-uns des membres de cette association à faire l'épreuve de la substance dont je viens de parler et je le serai d'avantage d'en voir publier les effets (s'ils sont satisfaisants) pour l'avantage de la société.

En terminant je dois mentionner qu'un de mes collègues a employé le thé avec succès chez un patient qui avait pris, avec intention de se suicider une once et demie de teinture d'opium et que cette semaine même j'ai administré le même remède à un garçon qui avait avalé l'énorme dose d'une once de Tr. de Belladonne, mais comme d'autres antidotes : opium, etc., ont été employés en même temps, il est impossible de dire auquel des médicaments doit être attribuée la guérison de l'enfant.

Québec, 5 juin 1880.

P.S.—Depuis que j'ai communiqué les faits ci-dessus j'ai

appris du Dr O'Reilly, médecin interne de l'hôpital général de Toronto que l'infusion de thé vert a été employée sur une grande échelle et avec les effets les plus étonnants non-seulement dans l'hôpital mais aussi en pratique privée. Le Dr m'assure que dans plusieurs accidents de chemin de fer et autres, suivis de chocs nerveux assez graves pour compromettre la vie, le remède a agi merveilleusement.

Québec, septembre 1880.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### **PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.**

---

**La méthode en thérapeutique.**—Par Chs. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris. (*Suite.*)—J'ai analysé les diverses méthodes qui peuvent servir de guide au médecin dans ses efforts pour arriver à la curation des maladies ; j'ai déterminé le degré de compétence de chacune d'elles. De ces méthodes, les unes cherchent l'action thérapeutique qui doit être produite, elles posent les indications ; les autres cherchent l'agent qui pourra produire cette action, elles réalisent les indications. Les indications en thérapeutique se déduisent de l'étiologie, de la pathologie, de l'évolution morbide ; elles sont fournies également par la connaissance de l'acte curateur naturel, ou au moins par la constatation des signes qui révèlent cet acte curateur ; elles résultent aussi de l'apparition de certains symptômes, de particularités anatomiques ou physiologiques de certains accidents morbides. En d'autres termes, c'est la connaissance de la maladie et l'examen du malade, c'est la pathologie et la clinique qui posent les indications. On arrive à réaliser les indications par la connaissance des actes physiologiques que déterminent les médicaments. C'est la physiologie qui guide dans le choix des agents de la matière médicale. Si l'indication reste obscure, ou si l'on ignore quel remède pourrait provoquer l'acte physiologique utile, et si, quand même, on se décide à intervenir, on est réduit à faire de la thérapeutique empirique. En dehors de l'empirisme, il n'y a

done en thérapeutique que deux choses : la pathologie qui pose les indications, la physiologie qui les réalise. Ces deux éléments de l'action médicales sont indissolubles. La science des indications serait vaine, si elle ne possédait pas le moyen de les réaliser ; l'emploi des médicaments serait téméraire s'il n'était guidé par aucune idée directrice. La subordination de ces deux termes de l'invention thérapeutique est évidente. L'opération préalable, c'est la détermination des indications. Le langage médical a depuis longtemps établi la distinction : la connaissance des médicaments et de leur action physiologique est du domaine de la matière médicale ; la thérapeutique proprement dite est donc avant tout la science des indications, et, à ce titre, dérive tout entière de la pathologie. Il en résulte qu'on peut être un excellent physiologiste et un détestable thérapeute, mais qu'on ne sera un bon thérapeute qu'à la condition d'être, d'abord, un excellent pathologiste.

Ainsi, quand on arrive au terme suprême, au but définitif de la médecine, au traitement du malade, on est obligé de se reporter aux notions primordiales, à la pathologie. Or, cette base de la thérapeutique est incomplète, incertaine et mouvante. Ce qu'il y a de plus positif en pathologie, c'est la nosographie. On décrit assez bien les maladies, on ne les connaît pas dans leur intimité. A défaut de notions positives, on procède par hypothèse, on institue des systèmes, on se compose des doctrines. J'ai dit déjà ce que je pense de l'utilité, de la nécessité des conceptions arbitraires des maladies, et je ne doute pas que la multiplicité des systèmes en médecine ait eu pour cause le besoin de posséder une idée doctrinale qui servit de guide pour la pratique. Et si aucune époque ne s'est montrée autant que la nôtre indifférente aux questions de doctrine, ce n'est pas en raison d'un dédain stoïque pour tout ce qui n'est pas notion positive ; c'est parce que le grand mouvement scientifique de ce siècle a fourni des aliments suffisants à notre curiosité dans le domaine de l'anatomie pathologique, de la chimie biologique, de la pathologie expérimentale. Sur tous ces terrains, la culture a été intense, la moisson merveilleuse. On s'est désintéressé, du reste, on a négligé la thérapeutique. On a assisté à ce spectacle ; les élèves apprenant les lésions et les signes de la maladie, omettent de se renseigner sur le traitement ; des médecins passent un temps considérable à démêler les symptômes et à poser le diagnostic, puis oubliant de formuler un traitement, ou accomplissant cette obligation importante par bienséance, à la hâte et à la légère, comme un vain cérémonial. Assurer le diagnostic, constater les lésions cadavériques, c'était le but de l'activité médicale ; traiter n'é-

tait plus qu'une nécessité aux exigences et aux préjugés du public. Pour un pareil travail, la doctrine était superflue. Aussi le dernier essai doctrinal, malgré la violence de son promoteur, n'a-t-il pas détourné longtemps l'attention fascinée par les merveilles de l'auscultation et par les révélations de l'anatomie pathologique. La chaire de Broussais resta déserte; on se pressait aux leçons de Laennec et d'Andral. Il ne faut pas s'en plaindre, car la doctrine n'était pas assez large pour abriter les découvertes modernes. Mais ce qu'il faut constater, c'est que, à partir de ce moment, on se passa de doctrine. Sans doute, il surgit un nouveau théoricien de la maladie dont l'œuvre immense a laissé sa marque sur la médecine contemporaine; mais Virchow n'a fait qu'accentuer en l'épurant la réforme des organiciens. En substituant l'unité individuelle, la cellule, à l'unité sociale, l'organisme; en montrant que toute maladie comme toute vie dépend des activités cellulaires, il a déplacé la pathologie, il ne l'a pas transformée. Si la doctrine étroite de Broussais eut pour corollaire une révélation en thérapeutique, la doctrine de Virchow n'a exercé qu'une médiocre influence sur le traitement des maladies.

On se ferait une idée bien fautive de la nature humaine, si l'on pensait que le médecin peut se désintéresser longtemps de la thérapeutique. Mais qu'est-il résulté de cette absence de doctrine? C'est que, n'ayant plus de guide pour la conduite du traitement, on est revenu, sous le couvert de la physiologie, aux pratiques les plus grossières de la thérapeutique empirique. Les indications restant muettes, on a multiplié les agents de la matière médicale, et l'on a abouti à cette formule; il n'y a pas de médications, il n'y a que des médicaments.

Il est temps, ce me semble, de sortir de cette impasse; il importe de rendre à la thérapeutique sa dignité, de ne plus la confondre avec la matière médicale, de remettre en honneur la recherche des indications. C'est dire, et je pense ne plus avoir besoin de le démontrer, qu'il faut, de toute nécessité, se refaire une doctrine. La doctrine qui convient au temps présent ne doit pas, ne peut pas ressembler aux systèmes des autres époques. Il ne peut pas être question de formuler des dogmes immuables, embrassant la pathologie dans sa totalité et soumettant tous les faits au joug de quelques principes. Notre doctrine ne saurait avoir rien d'absolu, rien d'universel. Elle n'est pas la loi qui domine les faits, elle est l'expression générale des faits que l'observation révèle. elle reste donc sujette à révision, comme tout ce qui est basé sur l'observation; elle se perfectionne, s'étend et s'affermi à mesure que l'observation progresse, s'élargit et se consolide. La doctrine pour

nous est un aboutissant, non au point de départ ; elle est l'expression synthétique des faits communs, elle n'est pas le principe absolu d'où l'on pourrait déduire les faits particuliers. Il n'en est pas de la médecine comme de la mathématique ; les faits médicaux, les notions pathologiques ne prennent rang dans la science que lorsqu'ils ont été constatés objectivement ; on ne les reconnaît pas par voie de déduction. Ce que l'on peut déduire des formules générales, c'est l'indication de la conduite à tenir, c'est la direction qu'on peut donner à l'action thérapeutique ; et ce n'est qu'une indication, et cette direction ne sera jugée légitime que si elle obtient la consécration de l'expérience.

Si nous n'avons pas un système médical complet, si notre doctrine est fragmentaire, il y a des principes, les uns certains, les autres probables, à la lumière desquels nous pouvons marcher.

En aucun cas la cause ne peut être identifiée avec la maladie, la maladie n'est pas la cause. La maladie est l'ensemble des actes et des lésions provoquées par l'application de la cause, et des perturbations fonctionnelles ou organiques engendrées par les premiers désordres. La maladie est donc la manière d'être et d'agir de l'organisme à l'occasion de l'application de la cause morbifique. De ces deux termes : être et agir, l'un est contingent, l'autre nécessaire. Je puis concevoir une maladie sans lésion anatomique, je n'imagine pas une maladie sans trouble fonctionnel. Je comprends qu'une frayeur cause une convulsion sans modifier la forme, la structure, l'arrangement des éléments nerveux, sans produire d'autre modification matérielle que celle qui accompagne tout fonctionnement. Je ne consentirai pas à appeler maladie une altération d'organe, une cicatrice, par exemple, qui ne s'accompagnerait d'aucun trouble dynamique. Je ne me représente même pas une altération de structure qui n'ait pour condition préalable une perturbation fonctionnelle. Ce qui est essentiel dans la maladie, c'est donc un désordre vital.

Ce désordre vital occasionné par la cause morbifique peut entraver la libre exécution des fonctions et porter atteinte au sentiment de bien-être qui accompagne la santé ; il peut même s'opposer aux actes essentiels de la vie et amener la mort. Mais cette conception pessimiste de la maladie ne contient qu'une part de la vérité. Il y a dans le désordre vital d'autres actes qui s'écartent du type fonctionnel normal, mais qui tendent à ramener l'équilibre, qui sont éléments constitutifs de la maladie, mais qui ont pour effets de la faire disparaître. Ce n'est là encore qu'une part de la vérité. Si la conception pessimiste

était incomplète, considérer la maladie comme la réaction de l'organisme contre l'agent perturbateur, n'y voir que l'effort curateur naturel, serait également une conception optimiste trop exclusive. La maladie est l'état dynamique de l'organisme, à la fois subissant les atteintes de la cause morbifique et réagissant contre elle. Il appartient au médecin, au thérapeute, de distinguer ce qui dans le désordre vital est nuisible et de le corriger, de démêler ce qui est utile et de le favoriser.

Là ne se borne pas le rôle du médecin. Son action ne se porte pas toujours excessivement sur l'organisme malade; il doit parfois combattre la masse. Il est un grand nombre de causes qui se dérobent aux entreprises thérapeutiques; ce sont celles dont l'application est passagère, bien que le trouble organique soit plus ou moins durable. La plupart des traumatismes sont dans ce cas. Quand la lumière solaire ou quelques uns des rayons de cette lumière activent et vicent la nutrition des éléments superficiels du derme, excitent les nerfs, provoquent des dilatations vasculaires, amènent la multiplication des cellules épithéliales et l'accumulation du pigment, la cause a déjà cessé d'exister au moment où les premières manifestations de ces efforts deviennent apparentes. Le médecin ne pourra donc rien contre cette cause; il assistera à l'évolution du trouble vital qu'elle a mis en jeu (et pourra tout au plus parer à quelques accidents et amoindrir certains symptômes. De même pour le chaud et pour le froid, pour le sec et pour l'humide. Si ces causes et bien d'autres sont hors des atteintes de la thérapeutique, elles n'échappent pas totalement à l'action médicale, la prophylaxie les poursuit, l'hygiène les empêche de produire la maladie. Mais il est d'autres maux qui, ainsi que je le disais tout à l'heure, s'attachent à l'organisme et continuent à exercer leur action pendant une période ou pendant toute la durée de la maladie. Sans parler des maladies toxiques et des maladies parasitaires; sans parler des maladies infectieuses et des maladies virulentes, que tant d'analogies puissantes, que tant de raisons chaque jour plus convaincantes rapprochent des intoxications et du parasitisme, avec lesquels elles vont bientôt se confondre, toutes les maladies, soit aiguës, soit chroniques, qui dérivent d'un trouble de la nutrition, nous offrent des exemples de cette permanence de la cause que le médecin, s'il la connaît ou s'il la soupçonne, pourra atteindre avant l'éclosion de la maladie et pendant toute la durée de la maladie. Il y a là deux principes nouveaux en pathologie, deux indications dominantes en thérapeutique. Les époques antérieures en ont eu la prescience, c'est à notre siècle qu'appartient l'honneur d'en avoir donné la formule et d'en avoir fourni la démonstration.

Qu'il s'agisse de parasitisme ou de fermentation, les causes animées ont conquis leur place dans la pathologie; elles ont forcé les retranchements que leur opposait l'ancienne médecine. Après les entozoaires, après les végétaux parasites de la peau et des muqueuses, on vit apparaître la légion de ces corpuscules si minimes que tous les naturalistes ne sont pas d'accord sur le règne organique auquel ils appartiennent. On les connaît objectivement, on a étudié leur forme, leur développement, leurs phases successives; on les connaît aussi par les effets spécifiques que chaque espèce peut déterminer dans l'organisme vivant, qu'ils infestent et qu'ils pénètrent dans sa totalité. Chacun d'eux est la cause d'une maladie, mais aucun d'eux n'est cette maladie. En dépit de controverses bien récentes, mais qui n'existent plus qu'à l'état de souvenirs, leur rôle pathogénique n'est plus sérieusement contesté par personne. Qu'il s'agisse des verres à soie ou du bœuf, on sait de science certaine qu'à une maladie déterminée correspond, comme élément causal, une espèce déterminée de microbes. La démonstration rigoureuse, irréfutable, est faite seulement pour quelques-uns. Mais à voir comment chaque jour l'expérimentation triomphe des résistances théoriques, on sent que tout le domaine des maladies infectieuses sera bientôt conquis par les nouvelles doctrines. On concède que les microbes n'épargnent pas l'homme, on veut au moins leur disputer le champ des maladies virulentes de l'homme. On fait déjà des sacrifices; on leur abandonne le charbon, qui naguère était rangé sans conteste parmi les affections à virus. On fera, s'il le faut, d'autres concessions; mais on se réfugie comme dans une citadelle, dans cette catégorie de maladies contagieuses qui créent l'immunité. Hier encore, l'argument paraissait décisif. M. Pasteur, par l'exemple du choléra des poules, vient de démontrer que si l'on possède le secret d'atténuer la maladie, de la rendre curable, les mêmes microbes ne peuvent plus envahir l'organisme qui a subi une première fois leurs atteintes. Ces victoires partielles donnent à réfléchir. La discussion abandonne le ton de la raillerie; c'est aujourd'hui l'indignation, ce sera demain l'engouement, l'acquiescement aveugle, la plus funeste des oppositions. La démonstration, je le répète, n'est donnée que pour un nombre de faits limités qui ne peuvent pas être scientifiquement érigés en doctrine. Mais, je l'ai dit à satiété, pour nous qui, par profession, sommes obligés de bâtir des systèmes hypothétiques quand la science est incomplète, nous nous sentons entraînés à faire une généralisation prématurée, à attribuer aux microbes l'infectiosité et la virulence. Ce n'est après tout qu'une hypothèse opposée à une

autre. Or, quelle était la conception des virus? La molécule virulente était capable d'engendrer, à l'aide de la matière vivante, des molécules semblables à elle, reconnaissables à une même activité physiologique, et capables de reproduire indéfiniment des molécules spécifiquement semblables. La matière virulente possédait donc un des attributs essentiels de la vie, La doctrine nouvelle en fait un être vivant en lui attribuant un caractère morphologique. L'ancienne doctrine concédait à une matière amorphe la faculté de génération; elle admettait un fait sans précédent et sans analogue: elle introduisait un troisième règne dans le monde organique. La doctrine nouvelle, constatant la génération, la fait dépendre de générateurs et admet que ces générateurs, chez lesquels elle reconnaît un des attributs de la vie, rentrent dans l'un ou dans l'autre des deux règnes qui se partagent le monde vivant. L'hypothèse est assurément moins téméraire et se trouve vérifiée expérimentalement pour un certain nombre d'espèces. L'avenir dira dans quelles limites cette génération excède les limites du réel.

Cette hypothèse, en tous cas, s'est montrée utile en hygiène; elle a ouvert en thérapeutique des voies nouvelles sur la valeur desquelles l'observation clinique prononcera. Nous supposons qu'il y a lieu de prendre à la lettre ce que nos devanciers appelaient les fermentations morbides, et nous essayons d'agir non plus seulement sur l'organisme où s'opère la fermentation, mais sur le ferment lui-même. Nous attaquons cet ennemi supposé dans les organes par où nous soupçonnons qu'il peut pénétrer dans l'économie; nous le poursuivons dans le sang et dans les tissus; nous tâchons de le détruire ou d'entraver sa pullulation; nous essayons d'enlever aux liquides de l'organisme ce qui pourrait être nécessaire à sa vie ou d'y ajouter ce qui pourrait être nuisible à son existence; nous tentons de modifier aussi l'état physique du milieu vivant, respectant la fièvre si, par hasard, il pouvait être tué par l'hyperthermie, abaissant la température si le refroidissement lui pouvait devenir mortel. Nous cherchons des spécimens et, quand nous constatons les effets du mercure dans la syphilis, nous ne goûtons plus que médiocrement les explications insoutenables déduites de la prétendue propriété antiplastique de ce médicament; nous nous disons que peut-être le mercure va atteindre l'ennemi jusque dans la profondeur de nos organes, ou qu'il va modifier la nutrition au point de créer un milieu défavorable à son développement. Si nous nous égarons à la poursuite d'un agent parasiticide approprié à chaque espèce, nous ne négligeons donc pas de nous adresser à l'organisme du malade, de modifier sa nutrition, afin de réaliser artificiellement cet état particulier des humeurs qui crée l'immunité.



Ce sont tout autant d'hypothèses, j'en conviens; mais ce sont des hypothèses fécondes, ce sont des idées directrices qui font chercher et qui font agir. L'ancienne action des virus était stérile. Qu'on ne s'effraie pas des témérités d'une intervention guidée par ces conceptions systématiques; en médecine, les écarts de l'imagination ont pour frein et pour correctif l'observation clinique.

Nul ne saurait déterminer aujourd'hui les limites de cette pathologie animée. Les microbes sont la cause d'un grand nombre de maladies: ils sont certainement la complication d'un plus grand nombre. Sans eux, les traumatismes ne seraient que de pures lésions mécaniques et n'engendreraient que de simples troubles physiologiques. Par eux, les plaies se compliquent; ils sont la cause de la plupart des accidents locaux ou généraux des blessures. Si les solutions de continuité traumatiques suppriment une des défenses de l'organisme contre l'invasion des microbes, beaucoup d'autres maladies non traumatiques facilitent, par un procédé analogue, leur pénétration. Bien plus, un assez grand nombre de maladies générales, par le trouble nutritif qui les accompagne, créent un milieu favorable au développement de certains germes qui seraient incapables de pulluler dans un organisme normal, —*A continuer.*—*Le Scalpel.*

**L'anesthésie par le protoxyde d'azote.**—Thèse de M. Blanchard.—C'est une idée, qui a pu poindre en l'esprit de ceux que préoccupe la recherche d'un mode d'anesthésie chirurgicale parfait, que l'agent employé doit présenter une rapide solubilité dans le sang et être d'une élimination facile. Il est nécessaire aussi qu'une combinaison trop intense, trop durable, n'ait pas lieu au contact de l'élément nerveux, dont le fonctionnement ne saurait être interverti que pendant quelques courts instants.

Les anesthésiques, ordinairement employés, pénètrent dans le milieu sanguin sous forme de *vapeurs*: celles-ci, dès que leur point de saturation est voisin, peuvent s'y condenser, s'y déposer sous forme de gouttelettes liquides. Le chloroforme en particulier, est dense, huileux, et, s'il revient à l'état liquide dans les tubes vasculaires, n'est-il pas à craindre que ces gouttelettes forment des embolies, redoutables au voisinage du bulbe? Il convient aussi de tenir compte de l'action particulière qu'il exerce sur les substances grasses, et il semble que la myéline des centres nerveux puisse entrer en combinaison plus ou moins stable avec lui. Assurément, le nombre im-

mense des chloroformisations pratiquées chaque jour avec succès peut rassurer ; mais, un certain nombre d'accidents (très-rares, nous le voulons, mais cependant qu'il eût mieux valu éviter) sont venus troubler une quiétude trop complète.

La légèreté spécifique des *gaz* semble indiquer que leur innocuité doit être plus grande que celle des vapeurs. A cause de cela, le protoxyde d'azote, jouissant du privilège d'anesthésier, aurait assurément la faveur, si l'insensibilisation qu'il produit avait une durée suffisante. Mais la fugacité de son action avait d'abord contraint de borner son emploi aux opérations instantanées, et il était resté uniquement aux mains des dentistes. Encore, l'accusait-on avec quelque justice, de ne rendre insensible qu'en produisant l'asphyxie. — M. Bert a montré récemment qu'en élevant la pression sous laquelle le gaz est absorbé, on prolongeait indéfiniment l'anesthésie, et cela sans danger d'asphyxie, si on l'avait mélangé à des proportions déterminées d'oxygène.

En d'autres termes, oxygène et protoxyde d'azote mélangés et en pression suffisante circulent avec le sang, passent au contact de l'élément nerveux, produisent l'insensibilisation, et, dès qu'on cesse l'inhalation, s'échappent au dehors par la voie pulmonaire.

M. Blanchard, élève de M. Bert, et notre collaborateur au *Progrès*, vient de consacrer son excellente thèse inaugurale à l'étude de cette importante découverte.

Dans une première partie, il traite l'histoire des anciennes recherches sur l'action physiologique du protoxyde d'azote ; les premières expériences de Davy et de Beddoës, celles contradictoires de Thenard, de Berzelius, de Proust et de Vauquelin qui, employant sans doute des gaz impurs, accusèrent le protoxyde d'azote de déterminer des accidents graves. L'anesthésiation par ce gaz est alors abandonné pour un temps assez long. En 1844, l'infortuné Horace Wells entreprend sa réhabilitation. Colton fonde dans les principales villes d'Amérique un grand nombre d'établissements, où, à la faveur des inhalations de ce gaz, on extrait les dents sans douleur. Preterre se fait son défenseur en France. Partout l'usage du protoxyde d'azote se généralise.

En même temps, les physiologistes entreprennent des recherches pour se rendre compte de ses effets intimes sur l'organisme. En 1864, Hermann démontre que le protoxyde d'azote est un gaz indifférent, que le sang l'absorbe sans le décomposer, qu'il se dissout simplement dans le plasma, mais qu'il est dangereux de le respirer pur. En 1867, Patruban (de Vienne) veut recommander de nouveau ce gaz aux chirurgiens : mais

Hermann s'élève contre ce conseil : " Respirer pur le protoxyde d'azote est dangereux, écrit-il, car on obtient, outre l'enivrement, l'*asphyxie*, qui peut tuer la personne ; administré à l'état de mélange avec l'oxygène, seul procédé qui, à mon avis ne serait pas un crime de la part de l'opérateur, il constitue un très faible anesthésique, dont on reviendra bientôt." En 1867, Kri-haber déclare le protoxyde inférieur au chloroforme, et ses expériences chez les animaux lui permettent d'affirmer que c'est un gaz irrespirable, qui entraîne la mort à la fois par intoxication et asphyxie. En 1874, Jolyet et Blache, puis Golstein, et 1876, démontrent par leurs expériences que le protoxyde d'azote n'entretient pas la vie, pas plus chez l'homme que chez les animaux ; que l'*anesthésie es. une propriété inhérente au gaz lui-même* ; elle n'est pas nécessairement, comme on l'a prétendu, le résultat de l'*asphyxie*. Au point de vue chimique, il est indifférent et n'a aucune action sur les tissus. Fait important : mélangé avec une proportion suffisante d'oxygène ou d'air, le protoxyde d'azote n'*asphyxie pas*, mais il n'y a pas anesthésie.—La découverte de M. Bert a donc consisté à démontrer qu'il suffit d'*élever la tension* de ce gaz mélangé à l'oxygène pour produire l'anesthésie, et conserver cette propriété précieuse, un temps suffisant pour entreprendre une opération chirurgicale de longue durée.

Dans la seconde partie de son travail, sans chercher à se défendre d'un enthousiasme bien naturel, M. Blanchard relate les recherches de son savant maître et indique ses procédés. Il décrit avec détails les appareils employés pour l'administration du protoxyde d'azote, la pompe à refoulement, la chambre à pression où on fait respirer le gaz, et où le chirurgien, placé avec ses aides, opère le malade.

Dans cent cinquante opérations chirurgicales les plus diverses, ce mode d'anesthésie a été employé avec succès, sans accidents remarquables, par MM Labbé, Péan, Perrier, Ledentu, et Deroubaix (de Bruxelles).

D'après M. Blanchard, les avantages de la nouvelle méthode sont les suivants : la phase d'excitation est supprimée ; on peut régler à volonté et mathématiquement la marche de l'anesthésie ; on peut la prolonger presque indéfiniment sans inconvénients. Le réveil est rapide, le patient revient à lui en quelques secondes. Le protoxyde d'azote se dissolvant simplement dans le plasma sanguin, dès que l'inhalation a cessé, il s'échappe par le poumon. Son emploi n'amène aucun trouble dans la nutrition, ou aucune modification dans la composition chimique des organes.

Tous ces précieux avantages sont réels et nullement exagés.

rés par M. Blanchard. S'il plaide sa cause avec chaleur, il est sincère, et on ne voit pas trop quelle contradiction élever. Il ne reste qu'un vœu à émettre : une plus grande simplification dans les appareils pour permettre une généralisation plus rapide du procédé.

Nous pouvons, toutefois, dire, dès à présent, que l'idéal que nous évoquions au début, l'anesthésie par un gaz d'une élimination facile, est bien près d'être atteint.—*Le Progrès Médical.*

---

**Epilepsie Jacksonienne.**—Leçon de M. le docteur Hardy, à la Charité.—Je fais venir aujourd'hui devant vous ce malade, qui se trouve depuis quelque temps dans notre service, No. 17 de la saile St-Charles, les accidents très-intéressants dont il a été victime feront le sujet de notre leçon.

Permettez moi d'abord de vous donner quelques détails indispensables sur ses antécédents.

Cet homme exerçait la profession de brasseur, et, ainsi que vous pouvez le constater encore aujourd'hui, il avait l'aspect d'un homme vigoureux, doué d'une très-bonne santé. Étant soldat, en 1862, il reçut sur la tête un coup de pierre, qui l'atteignit assez fortement pour déterminer une commotion, avec perte de connaissance et un affaiblissement assez prononcé de la vue, ce qui le força à entrer à l'hôpital militaire, d'où il sortit quinze jours après presque complètement rétabli. Vous trouverez présentement encore les traces de cet accident dans une cicatrice que porte notre malade, un peu en avant de la bosse pariétale du côté gauche. Je dois vous signaler, en insistant fortement sur ce point, que nous n'avons point trouvé chez le patient la moindre trace de syphilis. Nous l'avons minutieusement interrogé et examiné à ce point de vue, et l'absence de cette maladie nous paraît pouvoir être justement affirmée.

Au mois d'août 1879, le malade a éprouvé des fourmillements et des mouvements dans les doigts de la main droite, puis des mouvements convulsifs du membre supérieur du même côté se dissipant au bout de deux heures.

Au mois de novembre, il fut pris d'accidents semblables, mais plus intenses; les fourmillements et les secousses portaient des doigts, gagnaient le bras, le cou, puis la moitié droite de la face. Non seulement il éprouva des accidents, mais il y eut, au moment où ils survenaient, une perte de connaissance qui dura pendant trois ou quatre heures. Pendant cet état, il ne pouvait pas répondre aux questions qui lui

étaient adressées, mais il nous a dit qu'il se rendait parfaitement compte de ce qui se passait autour de lui et qu'il entendait et comprenait les craintes que les personnes qui l'assistaient manifestaient à son égard.

Cet homme est entré dans notre service le 4 décembre, offrant, des suites de sa dernière attaque, un affaiblissement de la force musculaire du bras droit et du même côté de la figure, diminution de la sensibilité avec un peu d'embaras dans la parole. Ces phénomènes existent encore aujourd'hui, mais beaucoup moins prononcés. Sa force de pression, appréciée au moyen du dynamomètre, nous donne 150 pour la main gauche et 120 pour la droite. Cette différence était beaucoup plus marquée lors de l'entrée du malade, et, quant à la sensibilité, elle est presque entièrement revenue. Notons seulement une sensation de froid, dont le malade dit éprouver le désagrément du côté droit de la face. Le troisième jour après son entrée, notre patient eut une attaque, et, quelques jours plus tard, nous avons pu assister à une autre caractérisée par les mêmes phénomènes que je viens de vous relater: fourmillements et mouvements dans les doigts de la main droite, remontant lentement vers le bras, le cou, la moitié de la face du même côté. Après cet accès, il en a eu un autre plus intense avec une perte de connaissance qui a duré vingt minutes. Enfin, peu de temps après, l'attaque revint, commençant exactement de même que celles qui l'avaient précédée; mais le malade perdit connaissance et les contractions cloniques se généralisèrent dans tout son individu, plus marquées cependant par les membres supérieurs et surtout par la moitié droite du corps. Nous avons devant nous le tableau que nous offre une attaque d'épilepsie; mais il en diffère par son mode de terminaison, en ce sens que notre malade revenait promptement à lui-même, *pas de stertor*, ni la moindre stupeur. Pendant l'accès, le patient ne répond pas aux questions que nous lui adressons, mais il nous affirme qu'il entend tout ce qu'on dit autour de lui.

Après cette attaque généralisée, la paralysie du membre supérieur droit est devenue plus prononcée, également l'insensibilité de la peau s'est accentuée davantage, et, si vous constatez aujourd'hui la disparition de cette anesthésie, c'est que, à la suite d'une application de l'aimant, la sensibilité est revenue.

Depuis son entrée, ce malade a eu une vingtaine d'attaques présentant toutes les mêmes particularités que je viens de vous décrire. Il y aura demain trois semaines que la dernière attaque était sur le point de se produire, lorsque notre malade, se

sentant sous l'imminence de l'accès, prévenu par les phénomènes précurseurs de l'*aura* (fourmillements et mouvements des doigts), serra fortement son poignet à l'aide d'une courroie que nous lui avons donnée, en lui recommandant d'agir ainsi. L'accès fut complètement arrêté.

D'après tout ce qui précède, il ne reste pas de doute que nous nous trouvons en présence d'un cas d'épilepsie. Mais s'agit-il d'une épilepsie ordinaire? Non, c'est bien un cas de cette épilepsie particulière, limitée à une région du corps et qui a reçu le nom d'épilepsie partielle. C'est à Jackson que nous devons les meilleures études sur cette maladie, et il l'a si bien décrite que, sur la proposition de M. le professeur Charcot, on la nomme souvent épilepsie jacksonienne. Jackson a admis trois types et trois périodes dans cette maladie. Je vous les décrirai sommairement, afin de rechercher dans quelle catégorie nous devons placer notre malade.

Le premier type comprend les cas d'épilepsie partielle, limitée à un côté de la face.

Le deuxième type contient les cas où les mouvements épileptiques affectent la face et le membre supérieur du même côté.

Enfin, dans le troisième type, rentrent les cas où tout un côté du corps est agité par les mouvements convulsifs.

Quant aux périodes, la première se trouve caractérisée simplement par quelques phénomènes convulsifs, puis, deuxième période, ces accidents deviennent plus intenses, ils sont précédés par les sensations caractéristiques de l'*aura*, il y a perte de connaissance, enfin, dans une troisième période, à ces mêmes manifestations se joint la généralisation des convulsions à toute une moitié du corps.

Si nous rapprochons cette courte description des accidents que nous avons observés chez notre malade, nous verrons que nous nous trouvons en présence d'un des types décrits par Jackson, et nous pouvons incontestablement classer notre sujet dans le deuxième type, et, enfin, relativement aux périodes, nous voyons notre malade rester fidèle à la description de Jackson.

Ne croyez pas qu'il soit sans importance de bien établir le diagnostic différentiel de ce genre d'épilepsie d'avec la véritable épilepsie ordinaire (épilepsie idiopathique). Il est, au contraire, nécessaire de bien connaître ce diagnostic; le succès de votre traitement en dépend, et votre conduite sera bien différente dans l'une et l'autre de ces affections.

Dans l'épilepsie idiopathique, l'accès vous offrira une instantanéité que vous ne trouverez pas dans l'épilepsie symptomati-

que; vous avez, d'autre part, le cri initial, cri caractéristique, particulier qu'il suffit d'avoir entendu une fois pour le reconnaître. Le malade perd complètement la conscience de soi-même, c'est un caractère essentiel; il y a des épilepsies idiopathiques, dont l'accès se trouve uniquement constitué par cette perte. Ajoutez à cela que les convulsions cloniques sont générales dans la plupart des cas et s'accompagnent de phénomènes de sputation, écume à la bouche, morsure de la langue, pâleur du visage. A la fin de l'accès, le malade reste plongé dans une stupeur plus ou moins profonde; mais on ne verra pas un épileptique idiopathique sortir de son attaque en recouvrant promptement son intelligence, bien au contraire, c'est souvent par une sorte de délire que l'accès se termine, délire qui porte le patient à commettre des crimes, ou à se suicider en se croyant l'objet d'horribles persécutions.

Comparez cet ensemble au tableau que vous donne l'épilepsie symptomatique ou partielle. Dans cette dernière, je vous ai fait remarquer le peu d'instantanéité de l'attaque; le malade ne se trouve pas surpris; étant prévenu par les phénomènes de l'*paura*, il peut choisir sa place pour ne pas être blessé par les objets qui l'entourent. Le cri n'existe jamais; les convulsions sont limitées; de plus, la perte de connaissance peut ne pas avoir lieu, et vous avez vu que, chez le malade qui nous occupe, elle n'est pas complète. Rarement vous observerez de l'écume à la bouche des malades de ce type d'épilepsie; nous en avons cependant vu une fois chez le nôtre, ainsi que des phénomènes convulsifs généralisés. Son attaque avait ainsi presque tous les caractères de l'épilepsie ordinaire; mais rappelez vous ce fait que je vous ai déjà signalé et qui appartient en propre à l'épilepsie partielle; l'accès terminé, notre malade a promptement recouvré toute son intelligence.

Peu de jours après une attaque d'épilepsie idiopathique, les malades vous offriront toutes les apparences d'une bonne santé, tandis que chez les épileptiques symptomatiques, vous trouverez tantôt une contracture, tantôt une paralysie plus ou moins marquée, d'autres fois une perte de la sensibilité, etc. Ces désordres, vous pouvez les constater chez notre malade, et j'avais oublié de vous dire qu'il était, en outre, tourmenté par des douleurs de tête.

Ce sont là les traits principaux qui vous serviront de base pour établir une distinction entre les deux genres d'épilepsie.

Nous avons donc affaire à une épilepsie jacksonnienne, symptomatique d'une lésion matérielle. Qu'elle peut être cette lésion et quel siège lui donnerons-nous? La lésion se trouve le plus ordinairement constituée par des tumeurs cérébrales, et,

quand à sa nature, la syphilis occupe la première place. C'est pour cette raison que, lorsque vous vous trouverez en présence d'un cas d'épilepsie partielle, vous devez rechercher scrupuleusement si le malade n'est pas syphilitique. Permettez moi, à ce propos, de vous raconter une petite histoire :

Un jour, on vint me demander pour donner mes soins à un médecin qui demeurait assez loin de moi. Lorsque j'arrivai près de lui, une attaque venait de se terminer. Il avait promptement recouvré la connaissance et il me fit l'histoire de sa maladie. D'après les renseignements que je reçus, je conclus à une épilepsie partielle. Je l'interrogeai pour savoir s'il avait la syphilis; mais il nia formellement en avoir jamais eu le moindre accident. Je ne fus pas complètement convaincu par cette affirmation. M'étant une seconde fois trouvé près de lui et cela pendant son attaque, je crus voir une tache au-devant de la poitrine. J'écartai largement les deux côtés de sa chemise, et je me trouvai en présence d'une syphilide ulcéreuse. Ma conviction était donc faite. J'instituai un traitement en conséquence par le sirop de Gibert, et, quelque temps après, lorsque je rencontrai mon confrère, il me dit que, depuis mes visites, les accès avaient disparu.

Ce sont donc des productions de nature syphilitique (exostoses, gommés) qui sont le plus généralement en cause dans la détermination des phénomènes convulsifs de l'épilepsie partielle. Mais les tumeurs cérébrales de toute nature peuvent aussi produire les mêmes effets, et notamment les lésions néomembraneuses de la *pachyméningite* les déterminent assez souvent pour occuper le deuxième rang après la syphilis. Dans bien des cas, cette pachyméningite est consécutive à des contusions. Jackson rapporte plusieurs observations d'épilepsie partielle survenant à la suite de traumatismes du crâne, et nous voyons dans notre malade un bon exemple de ce mode de production de la maladie.

Quant au siège de la lésion, vous savez qu'il existe dans la substance corticale de l'encéphale, une *zone psychomotrice* située autour du sillon de Rolando et comprenant le pied de la troisième circonvolution frontale et la partie voisine de la frontale ascendante comme centre moteur de la langue, les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes et le lobule paracentral. La partie inférieure de ces deux circonvolutions ascendantes constitue le centre pour les mouvements des muscles innervés par le facial inférieur, et dans les deux tiers supérieurs de ces mêmes circonvolutions, se trouvent les centres pour les mouvements des membres supérieur et inférieur du côté opposé du corps. Nous pouvons donc, pour ce malade,



supposer les lésions comme devant exister au niveau de la partie inférieure des circonvolutions ascendantes et vers le tiers moyen de ces mêmes circonvolutions, car vous vous rappelez que les phénomènes convulsifs et paralytiques existant chez lui restaient assez limités à la partie inférieure de la face et au membre supérieur. Quant à l'anesthésie qu'il a éprouvée, nous pouvons l'expliquer par la compression que, de dehors en dedans, les lésions de la pachyméningite traumatique ont exercée sur les fibres de la capsule interne. L'amélioration que notre malade a éprouvée, après une application de l'aimant nous prouve que cette anesthésie était bien déterminée par la compression et non par la destruction des fibres de la capsule, car, dans ce cas, elle serait restée permanente.

Considérant les attaques de notre malade comme déterminées par des productions pseudo-membraneuses, nous lui avons prescrit l'iode de potassium, non comme spécifique (vous savez qu'il n'est pas syphilitique), mais comme fondant révulsif, dans l'espoir de voir la lésion diminuer de volume.

Mais c'est surtout lorsqu'il s'agira de cas semblables, c'est surtout aux exutoires et particulièrement au *séton à la nuque* que je vous conseille d'avoir recours. C'est depuis que nous en avons appliqué un à notre malade que son amélioration a commencé; les douleurs de tête ont disparu; depuis trois semaines, il n'a pas eu d'attaques; également l'anesthésie et la paralysie ont presque disparu. C'est à tort que l'on a négligé l'application de ces exutoires; ils rendent de véritables services, notamment dans les phlegmasies chroniques du cerveau et surtout des méninges.

Avons-nous un moyen d'éviter l'accès? Lorsque l'*aura* est assez long et que la région du corps le permet, une compression circulaire pratiquée au-dessus détermine dans beaucoup de cas l'avortement de l'attaque. Vous avez vu que ce moyen a pleinement réussi chez notre malade. Nous en avons encore un autre très vanté en Allemagne; il consiste à placer sous le nez du patient, aussitôt que l'*aura* commence, un flacon contenant du nitrite d'amyle, en lui recommandant d'inspirer les vapeurs. Ce médicament aurait la propriété de congestionner les viscères, particulièrement l'extrémité céphalique, en activant la circulation. Son emploi serait donc rationnel dans les accès d'épilepsie qui s'accompagnent d'anémie cérébrale. Nous en avons donné un flacon au malade, mais je ne puis pas vous dire si le résultat en a été satisfaisant, parce que l'amélioration de son état était déjà obtenue par un autre moyen, et que depuis il n'a plus eu d'accès. (*Courrier médical.*)—*Le Scalpel.*

**Influence de l'alcoolisme sur la tuberculose.**—L'influence de l'alcoolisme sur l'évolution de la tuberculose est encore discutée, et il est maintenant encore assez difficile de se prononcer d'une façon bien nette sur ce point. Quelques médecins soutiennent en effet que l'alcoolisme préserve dans une certaine mesure de l'invasion tuberculeuse ; selon d'autres, il retarderait seulement la marche de la tuberculisation, tandis que d'autres enfin pensent que l'alcool active et précipite cette marche.

Cette divergence d'opinions est d'autant plus singulière que l'occasion d'observer les faits de ce genre se rencontre fréquemment ; malgré cette fréquence, les données sur cette question sont encore très vagues. Deux auteurs anglais, Johnson et Peter, ont cherché à établir que loin d'être favorable à la tuberculose l'alcool pourrait en prévenir le développement ou agir comme moyen curatif. Il se fondaient surtout sur des statistiques et sur l'existence, fréquente selon eux, de tubercules cretacés chez les alcooliques, ce qui est un des modes de guérison du tubercule. Mais depuis cette époque, et beaucoup plus récemment, plusieurs médecins, et M. Lancereaux entre autres, ont signalé au contraire des cas de phthisie, compliqués d'alcoolisme, remarquables et par la marche rapide des accidents et par la production de granulations grises très nombreuses. Ainsi, l'alcoolisme favoriserait la production de la forme granuleuse.

D'après ce qu'il a pu observer, M. Potin pense que l'évolution de la tuberculose est activée sous l'influence de l'alcoolisme. C'est cette dernière action qui paraît devoir être à craindre chez un malade récemment entré dans le service. Cet homme était, il est vrai, prédisposé héréditairement : il exerçait de plus une profession pénible, celle de compositeur travaillant la nuit, et c'est dans ces conditions que se manifestèrent chez lui les premiers symptômes de la tuberculose par une hémoptysie survenue à la suite d'un refroidissement. A partir de ce moment, la maladie marcha comme d'habitude ; toutefois le malade, pour remédier à sa faiblesse croissante, se mit à boire, et est arrivé rapidement à un degré d'alcoolisme très prononcé. On peut supposer ici cependant que la marche de la maladie ne sera pas très rapide, car il n'y a que très peu de fièvre, mais il est impossible de l'affirmer d'une façon certaine à cause de l'alcoolisme qui peut agir de deux manières pour activer la maladie. D'une part, en effet, l'alcool en s'éliminant par les poumons est une cause d'excitation pour cet organe et peut provoquer la production de poussées tuberculeuses ; d'autre part, son usage exagéré amène de la dyspep-

sie, et l'appétit diminuant, la nutrition devient insuffisante, et la phthisie peut de ce mal fait évoluer beaucoup plus rapidement. Il paraît donc nécessaire au point de vue du traitement, de faire cesser tout d'abord au malade l'abus qu'il faisait de l'alcool.

La question du traitement chez les alcooliques est toujours très complexe, et dans ce cas particulier, par exemple, on doit se demander s'il ne faut pas continuer l'emploi de l'alcool à dose modérée pour entretenir une excitation suffisante du système nerveux; on sait en effet, qu'aux alcooliques, l'alcool est nécessaire; et l'une des meilleures preuves qu'on en puisse donner est ce fait bien connu que certains de ces malades au moment où ils se réveillent présentent une profonde depression de l'intelligence, tandis qu'ils reprennent toutes leurs facultés intellectuelles après avoir absorbé quelques verres d'eau-de-vie. Il y a de plus, chez les tuberculeux, un autre point de vue à considérer qui peut en justifier ici l'emploi, c'est que l'alcool a été préconisé comme médicament dans la phthisie; c'est en effet un moyen qui peut être utile, mais dont on abuse trop facilement. Dans la période apyrétique le bon vin est une des meilleures formes de la médication alcoolique, mais il faut en proportionner la quantité aux aptitudes de chaque malade et c'est là un point souvent très délicat. La mesure à garder est celle où l'alcool ne trouble pas la digestion, mais au contraire la favorise et fortifie le système nerveux sans l'exciter. C'est sous cette forme qu'il faut l'employer chez le malade du service.

Dans la forme fébrile, il faut être plus réservé encore; mais il y a cependant des circonstances où la prostration est telle que l'alcool est indiqué; dans ce cas, c'est sous forme concentrée mais à dose très réfractées qu'il faut le donner. Il y a, en effet, une différence considérable entre une dose de cent grammes donnée par cuillerées à café suffisamment espacées et la même dose donnée en trois fois seulement. Dans le premier cas, on soutient le système nerveux; dans le second, on court risque de l'ébranler. A cette dernière période enfin, l'alcool peut encore être très utile, mais ce n'est plus qu'un moyen de soutenir les forces comme dans toute autre maladie.—*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques.*

---

**La mort subite dans la pleurésie,** par M. LEICHTENSTERN. — Les conclusions de ce travail sont les suivantes: 1<sup>o</sup> la mort subite est le résultat d'embolies pulmonaires ou de

thromboses formées dans l'oreillette droite, à la suite du ralentissement de la circulation. Contrairement à ce que l'on admet avec Bartels, les épanchements du côté droit seraient plus dangereux que ceux du côté gauche; car sur 52 cas de mort subite, 31 fois l'épanchement était à droite, et 21 fois seulement à gauche; 2<sup>o</sup> la mort subite peut résulter d'une embolie cérébrale; l'embolie vient de thrombus formés dans l'oreillette gauche ou dans les veines pulmonaires; 3<sup>o</sup> Souvent il est impossible de déterminer la cause de la mort subite, qui survient même avec un épanchement très peu abondant; dans ces cas, les lésions que l'on rencontre varient; parfois on trouve de l'œdème pulmonaire, de l'œdème cérébral, une dégénérescence graisseuse du cœur; 4<sup>o</sup> Dans certains cas, lors d'une irrigation forcée de la plèvre, une syncope mortelle est survenue. S'agit-il alors d'une commotion mécanique directe du cœur ou d'un *shock*? Il est difficile de le dire, bien que les convulsions indiquent une origine centrale. (*Deut. Arch. f. Klin. Med. t. XXV.*)  
*Le Nouveau Journal Médical.*

—

**Du traitement de la phthisie par l'eau froide.**—Le docteur George Herbecq a observé dans le service de son père, à l'hôpital militaire à Bayonne, les résultats que l'on peut obtenir par l'eau froide dans le traitement de la phthisie.

Pour lui l'hydrothérapie donne de bons effets dans la phthisie à forme torpide.

Les moyens préférés seront: les lotions, les affusions, le drap mouillé avec frictions et, enfin, les douches s'il y a lieu.

Les affusions, les lotions d'eau froide n'ont pas le danger que les idées théoriques leur avaient attribué. Leur effet immédiat est de calmer les malades, de leur donner une sensation de fraîcheurs agréable; d'atténuer presque toujours, de supprimer souvent les *sueurs du sommeil* et de la *fièvre*.

Le drap mouillé, les douches froides excitantes sont un puissant adjuvant de la médication *tonique et reconstituante*.

En résumé, l'hydrothérapie seconde à merveille l'emploi des agents appropriés contre la maladie, elle s'exerce peut-être plus manifestement encore sur l'état général par la stimulation qu'elle imprime aux fonctions en général, et aux organes digestifs en particulier. En développant l'appétit, elle facilite l'alimentation azotée dont dépendent l'accroissement et l'exercice du système musculaire, la réparation des globules et des autres éléments du sang, enfin la réintégration plus ou moins complète de la santé.

Les avantages que l'hydrothérapie procure sont moins mar-

qués à mesure que la maladie est plus avancée que les désordres locaux et généraux sont plus considérables. Mais nos observations, dit le docteur Herbecq, prouvent qu'elle soulage toujours, même dans les cas les plus graves, et qu'elle peut prolonger l'existence de moribonds. (*Thèse de Haris.*)—*Revue de Thér. medico-chirurgicale.*

---

**Des éruptions provoquées par l'usage externe du chloral.**—Le docteur Martinet étudie les éruptions provoquées par le chloral et que Schule en Allemagne, Chrichton-Bronne, S. Winder Fischer en Angleterre ont signalées il y a une dizaine d'années pour la première fois.

Voici les conclusions de ce travail :

1<sup>o</sup> L'ingestion de l'hydrate de chloral détermine, chez un certain nombre d'individus, une éruption exanthématique, méritant le nom d'érythème chloratique, de rash scarlatiniforme chloratique. Si l'on en croit certains auteurs étrangers, on aurait aussi observé de l'urticaire et du purpura :

2<sup>o</sup> Cet érythème siège surtout à la face, au cou, sur le devant de la poitrine, au niveau des grandes articulations, du côté de l'extension, sur le dos des mains, des pieds, etc. Il apparaît après les repas ou après l'ingestion de liqueurs, alcooliques. Le plus souvent, il n'y a pas de démangeaison. Pas de fièvres, durée très courte,

3<sup>o</sup> Il s'accompagne de dyspnée et de palpitation quelquefois intenses ;

4<sup>o</sup> C'est un phénomène se produisant chez certains individus prédisposés ;

5<sup>o</sup> Il semble causé par une paralysie vaso-motrice, de même que la dyspnée et les palpitations qui l'accompagnent. (*Thèse de Paris.*—*Revue de Thér. medico-chirurgicale.*)

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

---

**Des calculs préputiaux** par G. LEWIN.—Après avoir rapporté trois observations personnelles de calculs préputiaux, Lewin trace l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie de cette singulière affection, en réunissant à ses propres faits 15 autres cas qu'il a colligés dans la littérature médicale.

A l'encontre des traités allemands de chirurgie et d'anato-

mie pathologique, qui déclarent ces calculs très fréquents, Lewin oppose sa maigre récolte, malgré de nombreuses recherches bibliographiques. Toutefois, le professeur de Berlin ne semble pas avoir compulsé les recueils français qui lui auraient fourni, par exemple, l'observation de Hecht. (*Revue des sciences med.*, VI, 276.)

II. Albers (*Graefes Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, XXIV, 1836), déclarait n'avoir vu qu'un patient affecté de calculs préputiaux parmi les 15,000 malades soignés par lui, et Lewin n'en a recueilli que trois exemples parmi plus de 35,000 patients qui ont passé, depuis 15 ans, dans son service de la Charité. Dans son riche musée anatomo-pathologique, Virchow n'en possède non plus que deux échantillons.

Les individus atteints de calculs préputiaux sont en grande majorité âgés de 20 à 30 ans; cependant 3 d'entre eux ont plus de 10 ans, et chez un enfant de 2 ans, on a compté 51 calculs pesant ensemble 190 grammes.

Le nombre des calculs observés sur le même patient varie de 1 à 70 (Virchow).

Leur poids oscille entre 2 grammes  $\frac{1}{2}$  (Walther) et 225 grammes (Duméril).

Leurs dimensions sont le plus souvent comprises entre celles d'un pois et celles d'un haricot.—Trois opinions se sont fait jour sur le mode de genèse des calculs préputiaux.

Voigtel. (*Handbuch der pathol. anatom.*, Halle, 1805), émit l'avis qu'ils provenaient vraisemblablement de la vessie, dans la plupart des cas et avaient été arrêtés au passage par le prépuce rétréci.

Albers, combattant cette manière de voir au nom de l'anatomie, y substitua le développement sur place des calculs, aux dépens de la sécrétion muqueuse balano-préputiale.

Enfin A. Rœmer (*Medic. œsterr.* Jahrb., XXVII, 1839), voit l'origine des concrétions préputiales coëxistant avec un phimosis, dans le séjour que l'urine, qui coule goutte à goutte, fait inévitablement entre le gland et le prépuce.

Lewin admet, selon les cas, la justesse de ces trois hypothèses. La structure anatomique de la lame interne du prépuce rend compte à la fois de l'existence des calculs smegmatiques et de leur rareté. Les glandes de Tyson ont une sécrétion onctueuse, beaucoup moins fluide que celles des autres glandes cérumineuses et le smegma, joint à des cellules épidermiques, peut donner lieu à la forme la plus simple de concrétions préputiales, la seule admise par Rokitansky (*Lehrbuch der pathol. Anatom.*, 3<sup>e</sup> édit., III, 411).

Blanchâtres et molasses quand ils sont récents, les calculs

smegmatiques, exposés à l'air, prennent l'aspect de raisins secs. Parfois ils offrent, comme les coquillages, une surface concave qui répond au gland et une surface convexe correspondant au prépuce. Ils sont inodores. Au microscope, leur texture montre les diverses formes des cellules épidermoïdales. James Lewin n'y a pas trouvé les bactéries signalées par Zahn. Chimiquement, ils se composent de graisse, d'acides gras libres ou combinés avec la chaux ; ils ne renferment ni acide urique, ni acide phosphorique.

La seconde classe des concrétions préputiales est représentée par de véritables calculs urinaires qui se forment graduellement au sein de l'urine accumulée et stagnante dans le sac préputial. en général, le noyau de ces calculs est formé par du smegma ou du mucus durcis. Leur constitution chimique dépend de celle de l'urine ; si celle-ci est acide, les sédiments se composent uniquement d'acide urique, d'urates et d'oxalate de chaux ; si elle est devenue alcaline, les incrustations sont de phosphate ammoniac-magnésien et d'urate d'ammoniaque. On comprend facilement qu'on peut rencontrer des calculs mixtes à couches alternantes.

Les calculs de cette seconde classe se distinguent de ceux de la première catégorie par leur poids plus considérable, leur consistance plus ferme et leur couleur jaunâtre. La forme des plus volumineux correspond en quelque sorte à la configuration des lieux qui leur ont donné naissance ; les calculs plus petits sont polyédriques avec bords et arêtes mousses.

Enfin, la troisième espèce de concrétions préputiales doit son origine à des calculs venus de la vessie et arrêtés au sortir de l'urèthre par le prépuce rétréci. Rhind a relaté un fait de ce genre (*Med. Times and Gazette*, avril 1853). C'est sans doute aussi ici qu'il faut placer l'observation de Neuhold et Remer concernant un enfant de deux ans, car on sait combien les calculs urinaires sont fréquents à cet âge.

Les chevaux et surtout les porcs ont souvent des calculs préputiaux.—(*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1879, 177, et 197.—*Rev. sc. médic.*—*Le Nouveau Journal Médical*.)

**Kyste de mésentère.**—M. Tillaux a présenté à l'Académie de médecine, un malade sur lequel il avait pratiqué, il y a quelque temps, une opération de gastrotomie.

Cet homme, âgé de trente-et-un ans, d'une excellente santé habituelle, se trouvait le 25 mai dernier, vers sept heures du soir, sur le boulevard Bonne-Nouvelle, lorsqu'il fut pris tout à

coup, sans cause appréciable, d'une douleur dans le ventre tellement violente qu'il dut se courber en deux et rester pendant un quart d'heure environ immobile dans cette position. Au bout d'un quart d'heure, il put rentrer chez lui, toujours courbé en deux et souffrant cruellement. Il essaya de se coucher, mais les souffrances étaient telles qu'il ne pouvait s'empêcher de se rouler par terre, malgré les remèdes calmants qui lui furent administrés. Le lendemain, les souffrances continuèrent avec la même intensité, en dépit de tous les soins qui lui furent prodigués chez son patron.

Le surlendemain, il se fit transporter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, où l'on constata la présence, dans le ventre, d'une tumeur arrondie, qui fut considérée comme produite par un *rein flottant*.

Le malade rentra chez lui où il resta jusqu'au 15 juin, toujours souffrant des mêmes douleurs et dans l'impossibilité presque absolue d'aïler à la garde-robe, malgré les purgatifs et les lavements qui lui furent administrés. La constipation était demeurée opiniâtre depuis le jour de l'accident.

Le 15 juin, le malade se fit transporter à l'hôpital Beaujon, où il fut reçu dans le service de M. Millard qui accepta d'abord le diagnostic *rein flottant* qui avait été porté à l'hôpital Lariboisière. A ce moment les douleurs n'étaient plus continues : elles se manifestaient par crises revenant toutes les heures, donnant au malade la sensation d'une barre de feu qui lui traversait le ventre surtout lorsqu'il essayait de prendre quelques aliments. Il lui était impossible de rester sur le dos ni sur le côté ; il était pris alors de suffocation épouvantable, et il était obligé de se lever et de marcher ; il ne pouvait goûter quelques moments de repos qu'en se tenant assis sur son lit, courbé en deux et la tête sur ses genoux.

Cet état dura jusqu'à la fin de juin. Dans cet intervalle, le malade avait été observé par divers médecins ou chirurgiens, particulièrement par M. Léon Le Fort et par M. Tillaux à qui M. Millard avait demandé leur avis. Pour lui, il s'était définitivement arrêté au diagnostic suivant : invagination intestinale chronique.

Le malade, homme très intelligent, affirmait à diverses reprises qu'il n'avait jamais senti de tumeur dans son ventre, soit en s'habillant, soit en mettant la ceinture qu'il portait habituellement. M. Tillaux se rallia, de son côté, à ce diagnostic, tout en faisant, *in pectore*, quelques réserves, puisqu'il n'était pas possible de trouver autre chose.

On fit des applications du courant continu qui parurent d'abord diminuer un peu la tumeur. Tous les moyens usités



pour combattre la constipation furent de nouveau employés sans presque donner de résultat.

Ce fut alors que M. Millard pria M. Tillaux de prendre le malade dans son service. Cet homme n'éprouvant aucun soulagement de ses atroces douleurs demandait avec instance une opération qui le délivrât de ses tortures continuelles, sachant fort bien, d'ailleurs, de quelle espèce d'opération il s'agissait et quelles en pouvaient être les suites.

M. Tillaux, après avoir pris conseil de M. Millard et d'autres confrères appelés en consultation, se décida à pratiquer l'opération. Elle eut lieu le 3 juillet, en présence de MM. Millard, Feréol, Peyraud, etc. Il fit une incision, sur les parois abdominales, assez étendue pour permettre l'introduction de la main toute entière dans la cavité péritoneale, et il alla à la recherche de la tumeur. Il constata aussitôt une tumeur siégeant sur le mésentère, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, située sur la partie latérale droite du mésentère, allant de la colonne vertébrale à l'intestin. Il devint évident pour M. Tillaux qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère. Il ponctionna d'abord la poche avec un trocart, puis la fendit avec le bistouri et il s'en écoula une matière caséuse ressemblant à de la crème épaisse. Des fils de catgut furent placés ensuite à la base de la tumeur, puis serrés, et toute la partie située au-dessus de ce pédicule fut réséquée. Il ne resta, au fond, qu'une sorte de petite collerette formée par la constriction des fils.

M. Tillaux toucha la pédicule avec une solution forte d'acide phénique, remit le tout en place et termina par la suture de la plaie abdominale, qui fut recouverte par le pansement phéniqué ordinaire.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; les douleurs cessèrent comme par enchantement; au bout de trois ou quatre jours, la plaie était réunie par première intention.

Depuis cette époque, la guérison est demeurée complète; le malade mange, boit et dort, exécute, en un mot, toutes ses fonctions de la façon la plus normale.

C'est là, dit en terminant M. Tillaux, un fait intéressant au double point de la pathologie et de la médecine opératoire.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était constituée par un ganglion lymphatique, contenant une matière grasse ayant la consistance d'une crème très épaisse.

Nous avons résumé cette communication si intéressante parce qu'elle a un intérêt pratique considérable. Comment une tumeur ancienne du mésentère, après être restée si longtemps indolente devient-elle tout à coup le siège d'atroces douleurs? C'est là une question que la discussion qui a suivi la communication de M. Tillaux n'a pas réussi à résoudre.

Mais il est encore une remarque que nous tenons à faire, elle montre bien la transformation des idées produite par les progrès de la chirurgie contemporaine. M. Gosselin a été amené à déclarer qu'il admettait que la gastrotomie peut être tentée pour compléter un diagnostic douteux. Comme nous voilà loin de la chirurgie d'il y a seulement vingt ans !

La communication de M. Tillaux a vivement intéressé l'Académie non-seulement par l'intérêt considérable de l'observation même, mais encore par la sympathie qu'inspire vive M. Tillaux à ses auditeurs. Il est impossible de voir un chirurgien de meilleure humeur, et on comprend, en l'entendant parler, la confiance que ses malades doivent avoir en lui. On comprend encore à la clarté de sa parole, à la franchise de ses explications, au désir dont il débordé de vous faire bien saisir ce qu'il dit, le succès de professeur obtenu par lui dans l'amphithéâtre de la Faculté et à Clamart.

Espérons d'ailleurs, que nous pourrons applaudir de nouveau à la Faculté, un des hommes les mieux doués pour le professorat.—*Le Concours Médical.*

**Role étiologique du traumatisme.**—M. Verneuil étudie le rôle qu'occupe le traumatisme dans la genèse d'un certain nombre d'affections. Ses conclusions peuvent se résumer ainsi :

1<sup>o</sup> Le rôle étiologique du traumatisme très anciennement et très-universellement reconnu, exagéré par les gens du monde et trop réduit par les hommes de l'art, n'est pas encore rigoureusement déterminé. On sait de temps immémorial, que les blessures lèsent tous les tissus, affectent tous les organes, engendrent des états généraux et des maladies plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'à la mort inclusivement ; on soupçonne encore que ces cas ne sont pas rares, car les blessures sont très fréquentes, n'épargnent ni âge, ni sexe, ni conditions sociales quelconques, affectent les formes les plus variées et mettent à contribution, dans leur marche ultérieure, toutes les propriétés et fonctions organiques. enfin l'expérience montre l'influence directe ou indirecte, immédiate ou tardive du traumatisme dans un grand nombre de cas pathologiques ; et, cependant, on ne trouve nulle part, dressée avec exactitude, la liste des lésions, affections et maladies auxquelles on peut ajouter l'épithète *traumatique*, indiquant la part que le traumatisme a pris à leur genèse. C'est cette liste qu'il faut établir, cette lacune qu'il est utile de combler.

2<sup>o</sup> Dans ces derniers temps, on a beaucoup et très-utilement

étudié l'influence exercée sur le traumatisme, sa marche et sa terminaison par l'état antérieur, sain et morbide des parties vulnérées, par les conditions de santé bonne ou mauvaise des sujets blessés ; il convient actuellement, et c'est par là même qu'il eut été préférable de commencer, il convient d'examiner la réciproque, c'est-à-dire les effets produits par le traumatisme sur les tissus et organes sains ou déjà altérés, sur les sujets bien portants ou préalablement atteints d'une maladie générale.

3<sup>o</sup> Les constatations faites et l'inventaire achevé, il sera possible de prendre isolément chacune des deutéropathies traumatiques, lésions, affections ou maladies, et de rechercher les causes particulières et le mécanisme de sa production, de faire en un mot la pathogénie de ces deutéropathies.

4<sup>o</sup> Considérée en elle-même, la notion exacte du rôle étiologique du traumatisme et de la pathogénie des deutéropathies traumatiques est d'une importance pratique très-grande et très-directe. En effet, des lésions, affections ou maladies traumatiques, quelques-unes sont constantes, nécessaires, mais la plupart sont contingentes et susceptibles d'être prévues et prévenues ; cela conduit à une prophylaxie très étendue, très efficace présentant surtout ce caractère précieux de pouvoir être mise en action à tous les moments depuis la première minute qui suit la production de la blessure, jusqu'à la terminaison de cette blessure et même bien au-delà de la guérison apparente.

M. Onimus vient appuyer l'opinion de M. Verneuil, en faisant remarquer que les phénomènes nerveux qui succèdent quelquefois au traumatisme diffèrent très notablement suivant le mode d'action de la cause.—*Le Praticien.*

**Lithotomie médiane**, par J.-L. LITTLE.—L'auteur préfère la taille médiane à la taille latérale parce qu'on arrive de la sorte plus facilement sur la vesie sans rencontrer ni muscles ni vaisseaux importants, parce qu'on évite plus sûrement la blessure du rectum, et enfin parce que le malade peut uriner à sa volonté, tandis que, à la suite de la taille latérale, il reste longtemps sujet à l'incontinence d'urine.

Little dilate la plaie pratiquée avec le bistouri, non pas avec un instrument, mais simplement avec le doigt ; les calculs les plus volumineux sont brisés avant l'extraction, à l'aide d'un instrument assez analogue à un céphalotribe. L'opération se pratique plus avantageusement sur les jeunes sujets, et dans sa statistique de 32 cas on trouve 23 opérés âgés de moins de 15

ans. Comme complications, l'auteur a noté une fistule bientôt guérie, et un cas de cystite due à un cathétérisme maladroit. (*Annal. of the anat. and surgical Soc. et Cblatt sur med. Wissensch.*)—*Lyon Médical.*

**Sur le traitement de la fissure à l'anus.**—Si la fissure à l'anus est difficile à guérir, il est surtout difficile d'en empêcher le retour.

Permettez-moi de me servir de votre excellent journal pour faire connaître un traitement facile de cette affection, traitement qui m'a toujours réussi, et je serais heureux que vous le missiez vous-même à l'épreuve dans votre clientèle.

La première fois que je le mis en pratique, il y a onze ans, c'était chez une jeune dame qui avait été opérée pour une fistule deux ans auparavant. Pendant dix-huit mois elle s'était crue guérie, mais depuis six mois elle était retombée comme avant l'opération et la vie lui était devenue insupportable. Douze heures et plus après l'expulsion des matières fécales elle souffrait encore. Mais les premières heures elle se tordait sur un lit. Puis la crainte du retour la prenait alors ; elle mangeait à regret et son sommeil était devenu très agité.

L'examen me fit connaître que la fissure avait repris sa même place.

Voici le traitement auquel je la soumis :

Tous les soirs en se couchant, 3 grammes de magnésie calcinée dans de l'eau très sucrée.

Le lendemain, placer le siège au-dessus d'une décoction chaude de feuilles de belladone ; la décoction doit être entretenue chaude par l'addition d'une nouvelle quantité, dès qu'elle se refroidit.

Le corps est entouré d'une couverture de laine qui enveloppe le vase de manière qu'il n'y ait pas de fuite de vapeur.

Après quelques minutes dans cette position M<sup>me</sup> L... faisait quelques efforts : s'ils étaient très douloureux, elle les cessait, attendait un moment pour les renouveler, et aussitôt que la douleur était supportable, elle se transportait sur un montaban, puis revenait prendre sa première position sur le bain de vapeur jusqu'à cessation des souffrances.

On introduit alors dans l'anus, facilement dilatable, grâce à la vapeur belladonnée, une mèche trempée dans l'onguent suivante :

Onguent de beurre.....	3ij ss
Extrait de belladone .....	grs iv
Huile d'amandes douces. Q. S. pour consistance d'opiat.	

La mèche doit recouvrir la fissure, que l'on écarte pour cela.

Si la mèche tombe dans la journée, on en remet une autre le soir, et on l'enlève le lendemain pour la fumigation.

Après huit jours de ce traitement les selles se faisaient sans douleurs, mais dès le quatrième jour on avait supprimé la magnésie. Au dixième jour je supprimai la mèche et au vingt et unième je fis cesser les bains de vapeur, mais en recommandant bien d'en prendre de temps à autre pendant quelques mois. Ce conseil fut loin d'être suivi aussi longtemps. Cependant il n'y eut un commencement de rechute que huit ans après, rechute du reste guérie en quelques jours.—*Bulletin Général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

**De l'emploi des bandes de caoutchouc en chirurgie.**—Un chirurgien de Boston, du nom de H. A. Martin, a inventé des bandes dont on vante les avantages en Allemagne et en Angleterre. Elles se composent de simples lames de caoutchouc sans interposition d'étoffe et se distinguent de tous les produits similaires du commerce par leur extrême élasticité et leur longue durée.

Leur emploi est surtout indiqué dans les cas d'ulcères de la jambe. On fait un premier tour sur le cou-de-pied, puis on enveloppe peu à peu le membre sans faire de renversés, jusqu'au genou où l'on fixe au moyen d'un lacet. On n'interpose rien entre l'ulcère et la bande qui doit être enlevée, lavée et séchée tous les soirs. Dès les premiers jours, on constate, en même temps qu'une abondante sécrétion de la plaie, un ramollissement des bords lardacés de l'ulcère. Plus tard se montrent des granulations de bonne nature et la cicatrisation s'établit. On peut compter en moyenné que la guérison survient en un nombre de semaine double de celui des centimètres de diamètre de la plaie. Après avoir rapporté sommairement dix sept cas de guérison, Bruns conclut que le plus grand nombre des ulcères de la jambe sont susceptibles de guérir par ce moyen. "La valeur éminemment pratique de procédé, dit-il, consiste dans son extrême simplicité: de plus, le malade n'est pas retenu un instant dans son lit et peut vaquer à ses affaires, considération importante pour la classe ouvrière, plus particulièrement sujette à cette maladie." Le même procédé peut être employé utilement dans les cas de varices volumineuses, ou d'eczéma chronique des extrémités inférieures, ou même d'éléphantiasis de la jambe et d'arthrites de diverses articulations. (*Berlin. klin. Woch.*)—*Le Nouveau Journal Medical.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Sur l'extirpation de l'utérus, par le professeur BILLROTH.** — Billroth a opéré en tout vingt-cinq tumeurs. Il a eu quinze décès et dix guérisons. En tenant compte de l'expérience qu'il a acquise par ses dernières opérations, il arrive à cette conclusion que la statistique de sa première série d'opérations est beaucoup moins favorable que celle de la seconde série. A la suite des treize premières opérations, dix malades sont mortes, trois ont guéri; des douze autres malades, sept ont guéri, cinq sont mortes.

Deux malades sont mortes dans le collapsus pendant les 24 heures, deux, à la suite d'hémorrhagie interne, les ligatures en masse ayant cédé; dans un cas, il y eut décès par élus et dans dix cas par péritonite. Billroth est d'avis que, dans ce genre d'opérations, la méthode antiseptique ne joue pas un rôle aussi important que celui qu'on lui avait attribué. En outre, il a eu l'occasion d'observer dans les ovariectomies des phénomènes d'intoxication tellement aigus par l'acide phénique qu'il n'est plus porté à employer la méthode antiseptique. (*Wiener. med. Wochens.*) — *Le Nouveau Journal Médical.*

**Du traitement de l'infection puerpérale par les lavages intra-utérins.** — M. Joanny Rendu conseille le manuel opératoire suivant: il emploie une sonde à double courant. Quant au récipient, il conseille l'irrigateur Egusier, et il use comme liquide d'une solution chimique à 2 pour 100 à une température de 20 à 25 degrés centigrades; la quantité à injecter varie de 1 à 3 litres.

Après avoir placé la femme au bord du lit, voici comment on opère :

Étant placé à la droite de la malade, on porte l'extrémité de l'index de la main droite que l'on tient en supination, jusque sur la lèvre postérieure du col. Ceci fait, un aide présente la sonde ajustée, comme nous l'avons vu, au tube de l'irrigateur. De la main gauche, on la saisit près du pavillon, et, pour bien éviter de pousser de l'air dans la cavité utérine, on ouvre le jet avant d'en faire pénétrer le bec dans le vagin. On conduit alors celle-ci doucement, sur la face palmaire de l'index, jusqu'à l'orifice externe, que l'on franchit, ainsi que l'orifice interne,

avec le plus de ménagement possible. Il n'est pas nécessaire de dépasser ce dernier de plus de 5 ou 6 centimètres, car on s'exposerait à heurter la paroi utérine, ce qu'il faut soigneusement éviter. On donne alors au jet la force que l'on juge convenable, tout en imprimant à la sonde de légers mouvements de rotation sur son axe, pour bien nettoyer également toute la surface de la muqueuse utérine.

Dans chaque lavage nous commençons, dit le docteur Rendu, par ouvrir le jet à moitié, et c'est ensuite que nous l'ouvrons en plein. Il est prudent, toujours par crainte de l'entrée de l'air, de retirer la sonde avant l'épuisement complet du liquide; on en profite alors, surtout s'il y a des plaies, pour irriguer le vagin, et en dernier lieu la vulve. (*Thèse de Paris*). — *Revue de Thér. médico-chirurgicale*.

**Un symptôme négligé du carcinome du sein**, par H. SNOW.—L'auteur attire l'attention sur un signe peu observé jusqu'à présent du cancer du sein, et qui consiste en un épaississement de l'épaule du côté malade, avec sensibilité à la pression et cela surtout sur les tubérosités, et au tiers supérieur de l'os. Ces symptômes apparaissent relativement de bonne heure, et en même temps que l'engorgement axillaire. Cet épaississement osseux précède de beaucoup l'œdème du bras et provient probablement d'une périostite chronique; il indique que le mal échappe à l'action des médications locales, et annonce une prochaine récurrence. (*The Lancet* et *Blatt für Gynäkologie*.—*Lyon Médical*).

**Carie dentaire de la grossesse; ses causes et son traitement**, par M. E. KIRK.—Il faut rechercher la cause de la carie qui survient habituellement pendant la grossesse dans l'appel qui se produit dans l'organisme maternel pour la formation du tissu osseux du fœtus. On peut prévenir la destruction des dents de beaucoup de manières, mais surtout par l'usage des solutions de chaux; telles sont les préparations de lacto-phosphate et d'hypophosphite de chaux, qui assurent en même temps au fœtus un bon système osseux et dentaire, et qui préviennent le rachitisme. Les envies maladives de substances minérales, telles que plâtre, craie et ardoise, trouvent leur explication dans ce besoin naturel de l'organisme. Il en est de même de la prédilection que montrent certains oiseaux pour le plâtre, la chaux, etc., pendant la période de la ponte. Il

n'est donc pas indifférent pour le praticien de préserver la femme enceinte des inconvénients de la carie dentaire et d'une digestion défectueuse. (*Philadelph. med. Times et Cblatt sur Gynækologie.—Lyons Médical.*)

**De l'épithélioma du col utérin et de son traitement.**—Le Dr Lutaud a publié récemment dans les *Annales de Gynécologie* la traduction d'un travail du Dr Marion Sims, médecin de l'hôpital des femmes à New-York, sur ce sujet. Nous en avons extrait les passages les plus saillants et qui nous ont semblé présenter le plus d'intérêt pratique.

L'épithélioma du col utérin a été décrit pour la première fois par Clark et Gooch sous le nom d'*excroissance en chou-fleur*.

Nous savons peu de chose sur la première période de cette affection, parce qu'elle ne détermine des symptômes caractéristiques que lorsqu'elle est avancée. L'épithélioma du col ne s'observe jamais avant 20 ans, il est rare entre 30 et 35, un peu plus fréquent entre 35 et 40, et c'est entre 40 et 50 qu'il atteint son maximum de fréquence. Il est plus rare chez les célibataires que chez les femmes mariées.

On observe souvent comme symptôme un écoulement sanguin survenant après le coït ou l'emploi d'une seringue vaginale. D'autres fois la menstruation devient profuse et une leucorrhée sérieuse éveille l'attention des malades. Dans certains cas la maladie peut se développer et arriver à une période avancée sans que la santé générale ait été sensiblement altérée; parfois même les malades conservent toutes les apparences de la santé et de la vigueur. Comme il n'existe aucune douleur dès le début, la patiente croit souvent que les troubles de la menstruation et la leucorrhée sont simplement les indices de l'âge de retour; les inquiétudes ne surviennent que lorsque les parents ou les amis s'aperçoivent de l'amaigrissement, de la cachexie ou de l'œdème. C'est alors qu'on vient demander conseil au médecin; mais il est trop tard.

M. M. Sims rejette l'emploi de l'écraseur de Chassaignac, qui, bien qu'ayant réalisé un grand progrès, n'est pas applicable à tous les cas.

Le galvano cautère est un instrument dispendieux, infidèle, difficile, à manier, de même qu'avec l'écraseur il n'est pas possible de tout enlever, et c'est là une condition de succès.

La méthode suivie par M. Marion Sims lui a été inspirée par les succès obtenus en France par *Maisonneuve* au moyen de ses flèches caustiques et par un certain nombre d'empiriques



qui obtenaient parfois des résultats encourageants au moyen de caustiques.

L'opération adoptée est donc une opération mixte qui consiste à re-équer tous les produits morbides et pénétrant même dans le tissu du corps de l'utérus, et après avoir fait tout ce qu'il était possible avec le bistouri, les ciseaux ou la curette, à terminer l'opération par une application de chlorure de zinc qui détermine la formation d'une eschare.

De plus, les malades sont surveillées de mois en mois, et à la moindre apparence de récurrence on enlève de nouveau la portion malade. Dans des cas analogues, voici comment se pratique l'opération. La malade, préparée et éthérisée, est placée sur la table d'opération dans la demi-pronation latérale. Après avoir appliqué le spéculum de Sims, le chirurgien saisit la tumeur qu'il attire en bas et maintient fermement. On procède alors de différentes manières selon la nature de l'épithélioma. Si la tumeur est molle, aplatie et peu saillante, il faut se servir de la curette; si au contraire, elle a de la consistance, on emploie les ciseaux; dans ce dernier cas, l'hémorrhagie sera peu abondante, et il suffira d'un aide constamment employé à éponger pour débarrasser le vagin du sang résultant de l'opération. Si l'artère circulaire est coupée, on la saisit avec une pince hémostatique qui pend dans le vagin, pendant que le chirurgien continue son opération.

Il est parfois nécessaire d'appliquer deux pinces hémostatiques, rarement trois; ce procédé est suffisant pour arrêter l'hémorrhagie, et il est rare de voir les artères saigner de nouveau lorsqu'on a retiré les pinces.

Une fois la tumeur enlevée, il ne faut pas considérer l'opération comme terminée. Après avoir bien épongé le vagin et la plaie, le chirurgien introduit le doigt et recherche avec le plus grand soin s'il ne reste pas quelques noyaux d'induration. Ceux-ci peuvent avoir différentes dimensions, depuis celle d'un grain d'orge jusqu'au volume du petit doigt. Ces indurations doivent être excisées jusqu'à ce qu'il n'en existe plus et que l'utérus présente au toucher la sensation de mollesse et d'élasticité qui lui est caractéristique. Pour cela, il est nécessaire de saisir l'utérus avec un ténaculum et de l'approcher autant que possible de la vulve. On pourra pratiquer l'excision avec le bistouri ou mieux encore avec l'hystérotome que j'ai proposé.

Lorsque le chirurgien a acquis la certitude que tous les tissus morbides ont été enlevés, il coupe avec des ciseaux les bords de la plaie caverneuse, afin de mettre en communication les parois vaginales avec ce qui reste du col utérin. La por-

tion intravaginale du col est du reste en grande partie détruite, soit par le fait de l'existence de l'épithélioma, soit de l'opération elle-même. On enlève ensuite les pinces hémostatiques ; s'il avait été nécessaire d'en placer, on éponge rapidement la cavité vaginale et on pratique immédiatement le tamponnement avec du coton styptique. Ce coton s'obtient en imbibant de la ouate dans du perchlorure de fer ou dans une solution saturée d'alun ; on emploie à cet effet un mélange de deux parties d'eau pour une partie de perchlorure. Chaque tampon de coton doit être bien exprimé avant d'être employé ; on tamponne d'abord l'excavation produite sur l'utérus par l'ablation de la tumeur, puis on applique successivement des tampons dans les deux tiers supérieurs du vagin ; le reste de la cavité vaginale doit être rempli avec du coton simplement imbibé par une solution phéniquée.

La malade ne doit pas quitter la table d'opération aussi longtemps qu'il existe le plus petit écoulement sanguin. Si le sang apparaît à la vulve, il faut recommencer le tamponnement, jusqu'à ce qu'on soit assuré qu'il n'existe plus aucune crainte d'hémorrhagie.

Si l'on préfère employer l'alun comme hémostatique, voici la préparation que je conseille : on prépare une solution phéniquée 40°, puis on la sature avec de l'alun pulvérisé. Lorsque le coton a été imbibé de ce liquide, on l'exprime bien et on le place dans une bouteille bien bouchée où l'on peut le conserver.

Lorsque l'opération est terminée, on replace la malade sur son lit. Il est presque toujours nécessaire d'administrer un lavement laxatif et de vider la vessie avec un cathéter pendant les quelques heures qui suivent. Au bout d'une demi-journée, on enlèvera une partie du tamponnement dans la partie inférieure du vagin, afin de diminuer la pression exercée sur la vessie et d'atténuer les douleurs que les malades éprouvent dans la région lombaire.

On peut encore enlever une partie du tamponnement le jour suivant, mais on ne doit jamais enlever le coton qui remplit la partie supérieure du vagin, et surtout celui qui est appliqué contre le col, avant le quatrième jour qui suit l'opération. Lorsque le premier tamponnement est entièrement enlevé, il faut remplir l'excavation conique du col *uterin*, c'est-à-dire le véritable siège de l'excroissance épithéliale, avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorure de zinc. Le chlorure de zinc est soluble dans son poids d'eau distillée, mais j'emploie habituellement la solution suivante :

R. Chlorure de zinc .....	3iv
Eau distillée.....	ʒij

Le coton bien imbibé de cette solution doit être exprimé et presque desséché avant d'être employé; on en prend ensuite de très petits fragments, de la grosseur d'une amande et on remplit la cavité conique du col presque au niveau du vagin. On pratique ensuite le tamponnement du vagin avec de la ouate imbibée d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

L'application du chlorure de zinc détermine une douleur intense qu'il faut combattre par l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées.

Si le coton imbibé de chlorure de zinc n'était pas bien exprimé, l'excédant du liquide coulerait sur les parois vaginales où il produirait une action inflammatoire plus ou moins vive; il est donc indispensable de bien exprimer les tampons avant de les appliquer sur le col utérin.

Il importe donc de trouver une substance qui neutralise les effets du chlorure de zinc sur les tissus du vagin. Cette substance ne donne pas lieu à des désordres graves et permanents, mais détermine une irritation qui provoque du ténésme vésical et des envies fréquentes d'uriner.

Le coton qui retient en place le chlorure peut être enlevé, en partie le jour suivant, et le reste deux ou trois jours plus tard. Il faut se servir d'un petit spéculum, l'introduction d'un instrument volumineux étant douloureux ou impossible. Quant au tampon introduit dans la cavité, il ne doit être retiré que lorsqu'il n'est plus adhérent, sous peine d'hémorrhagie. L'eschare d'une coloration grisâtre, lisse, épaisse de 2 millimètres, laisse, à sa chute, une plaie couverte de bourgeons charnus dont la cicatrisation s'opère dans l'espace de dix ou quinze jours pendant lesquels il est utile de faire des injections d'eau phéniquée; le traitement actif qui suit l'opération dure une dizaine de jours, et la cicatrisation demande environ quinze jours de plus.

Au lieu de chlorure de zinc, on peut employer le *brome* en solution alcoolique au seizième; mais ce corps dangereux à manier affecte péniblement le nez et les yeux de l'opérateur. Sir James Simpson employait l'acide sulfurique, et le Dr Neulin le sulfate de zinc.

On peut aussi enlever le col au moyen de l'écraseur ou du galvano-cautère, sans pouvoir pénétrer plus loin. S'il y avait des noyaux indurés au delà, M. Marion Sims commence par enlever avec la curette la portion intra-vaginale du néoplasme, puis au moyen de ciseaux, il poursuit le tissu morbide par une première incision, au moyen de l'utéro-tome. Il applique ensuite le caustique suivant les règles tracées précédemment.

Même dans les cas, où l'utérus et une partie du vagin sont envahis par le néoplasme, il est encore possible d'intervenir utilement pour soulager la malade et la débarrasser de l'odeur épouvantable déterminée par les produits de la modification du cancer.

Dans ce but, M. Marion Sims commence par nettoyer la cavité néoplasique de toutes les portions gangrénées, puis il applique le caustique, chlorure de zinc ou solution bromée, et fait exécuter fréquemment des lavages désinfectants.

Sans vouloir nous prononcer sur le traitement que nous venons d'exposer, nous noterons qu'il n'est pas plus qu'un autre à l'abri des récidives, mais celles-ci semblent plus éloignées, grâce surtout à la surveillance qui est exercée après la première opération.

Le chlorure de zinc est non-seulement un caustique, mais un excellent désinfectant, et nous avons été témoins, chez le Dr Maisonneuve, de l'absence presque complète d'odeur chez les femmes opérées au moyen de ses flèches.

Ajoutons encore que, dans certains cas, le Dr Marion Sims n'a pu éviter la péritonite consécutive, et même qu'il s'est montré exceptionnellement une persistance de douleur, attribuée peut-être à l'existence d'induration ou de névromes cicatriciels. En même temps que ce traitement local du cancer utérin, les moyens généraux ne sont pas négligés, et en parti-l'administration de la liqueur de Fowler, qui semble avoir une heureuse influence contre la diathèse cancéreuse.—*Le Praticien.*

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

**Traitement de l'ozène.**—M. William Pugin-Thornton, chirurgien du dispensaire général de Marylebone, rapporte six cas d'ozène traités par les pulvérisations nasales; le résultat a été satisfaisant. Il a employé le liquide suivant :

Carbonate de soude .....	)	—	3i
Biborate de soude.....	)	aa.	
Liqueur de Labarraque .....			3ss
Glycérine.. .....			ʒiij
Eau simple. ....			ʒviiij

Tous les cas rapportés par l'auteur offraient le type classique de l'ozène. Il y avait de la congestion et un peu d'épaississement de la muqueuse. Des dépôts de mucosités dessé-

chées obstruaient plus ou moins les narines : en les enlevant, on découvrait des ulcérations, parfois des points de nécrose. Il y avait presque toujours un écoulement épais, si fétide que le malade était obligé de se condamner à une séquestration absolue. Quand les malades étaient dans le décubitus dorsal, les liquides nasaux descendaient vers le larynx.

Une laryngite, qui existait chez l'un des malades, antérieurement au développement de l'ozône, fut notablement exagérée par l'apparition de la maladie des fosses nasales. De la douleur dans les narines, une gêne assez intense pour produire de l'insomnie, de la rougeur au voisinage du nez, un retentissement vers les yeux, ont très souvent existé.

L'ensemble de ces différents symptômes plongeait parfois les malades dans un tel état de découragement qu'il arrivait à leur donner des idées de suicide.

Un des cas d'ozône était d'origine syphilitique ; chez l'individu qui en était atteint, les pulvérisations locales ont paru favoriser l'action d'une médication générale. Ce malade avait dans la narine droite une ulcération de cette nature ; chez lui, les accidents dataient de dix ans. C'est dans les cas de ce genre que M. W. Pugin-Thornton conseille de recourir au mercure de préférence à l'iodure de potassium qui augmente l'écoulement nasal. Il cite à ce propos l'observation d'un ecclésiastique atteint d'ozône auquel on avait fait prendre de l'iodure de potassium pour une névralgie stiatique. Ce malade avait à peine commencé ce dernier traitement depuis une quinzaine de jours, lorsque l'ozône, dont il avait été précédemment guéri, reparut. Il dut être soumis de nouveau aux pulvérisations nasales. (*Paris méd.*)—*Le Nouveau Journal Méd.*

—

**Du traitement du tétanos par le chloral et le chloroforme.**—Le docteur Gardarianu a observé dans le service de M. le docteur Dumontpallier les bons effets du chloral et du chloroforme dans le tétanos.

Pour le chloral il conseille d'administrer en une seule fois la potion suivante :

Hydrate de chloral.....	3 i
Sirop de groseilles . . . . .	ʒi
Julep gommeux.....	ʒiij

Pour le chloroforme il faut l'administrer en inhalation à doses successives.

Voici les conclusions de ce travail.

1<sup>o</sup> Le chloral est jusqu'à présent le remède le plus efficace contre le tétanos ;

2<sup>o</sup> L'union du chloroforme est une médication rationnelle et utile ;

3<sup>o</sup> Le meilleur traitement consiste dans l'emploi des médications combinées où le chloral et le chloroforme remplissent les principaux rôles. (*Thèse de Paris.—Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

—

**Du traitement de la coqueluche par les pilules de tartre stiblé et de belladone.**—Le docteur Gornilleau a suivi, dans le service de son maître le docteur Bergeron, les résultats du traitement préconisé par le docteur Gibert (du Havre). Ce traitement est le suivant : il fait usage contre la coqueluche de pilules composées de : 1 milligramme d'extrait de belladone et un milligramme de tartre stibié. Il en donne de trois à six par jour à un enfant de trois ans.

Pour les tout jeunes, il n'entre qu'un milligramme de l'une et l'autre substance en chaque pilule, M. Gibert ne dépasse guère trois ou quatre pilules par jour, jusqu'à l'âge de trois ans.

Voici les résultats obtenus dans le service de M. Bergeron :

Leur emploi, moyennant certaines conditions, semble suivi d'un grand succès dans le quart environ des cas, d'une amélioration notable dans la moitié des cas, d'un résultat nul dans le reste. (*Thèse de Paris —Revue Thér. médico-chirurgicale*

—

**Du permanganate de potasse,** par BOURGEOIS.—L'auteur constate la tendance fâcheuse des praticiens à délaisser cet antiseptique ; il le conseille surtout dans la blennorrhagie, en injection à la dose de 0,05 pour 150 gr. d'eau distillée ; le conserver dans un flacon à l'émeri et à l'abri de la lumière. (*Bull. de thér.*)—*Lyon Médical.*

—

**Du traitement de la blennorrhagie par l'hydrate de chloral en injections uréthrales,** par PASQUA.—L'auteur emploie une solution de 1,50 de chloral pour 120 d'eau de rose. 1<sup>o</sup> Les envies d'uriner et les érections sont calmées rapidement ; 2<sup>o</sup> la durée de l'écoulement est abrégé ; 3<sup>o</sup> pas de complications. (*Bull. de Thér.—Lyon Medical.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, NOVEMBRE 1880.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Maladies régnantes.

---

Un confrère nous écrivait dernièrement, nous demandant si nous n'avions pas dans nos notes, quelque préparation nouvelle puissante contre la coqueluche dont étaient victimes plusieurs de ses enfants. C'est bien là une maladie régnante épidémique, contagieuse (des expériences récentes nous prouvent la possibilité de son inoculation sur les animaux), sévissant quelque fois avec une vigueur désespérante, ne ménageant dans certaines familles, pas un seul de ces petits êtres dont elle est la maladie particulière. Son caractère particulier est bien la convulsion dans la toux ; l'élément spasmodique, accompagné d'une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, mais sécrétion d'autant plus surprenante qu'elle est généralement nulle dans les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfance.

Voici ce que nous faisons, un cas de coqueluche étant donné ; nous combattons à la fois les deux états pathologiques de cette maladie ; l'état catarrhal et l'état nerveux, nous avons recours au vomitif à différentes reprises ; le sirop d'ipecca est bien un des émétiques les mieux appropriés à cette maladie, c'est d'ailleurs l'émétique de l'âge auquel nous avons affaire ; cette médication vomitive est employée le matin invariablement. Puis ensuite ou en même temps plutôt, nous avons recours aux anti-convulsifs ou anti nerveux, tels que la teinture d'opium camphrée, le stramonium, la belladonne, etc. Ces derniers médicaments sont donnés régulièrement deux ou trois fois par jour, mais surtout au moment des attaques de toux, le soir plus particulièrement il convient d'augmenter la dose.

Voici une formule que nous donne un praticien de Paris, qui nous a bien servi :

Racine de belladone pulv .....	grs iv
Poudre de Douer.....	“ x
Fleur de soufre.....	3 i
Sucre de lait, quantité suffisante pour faire vingt prises.	

Direction : une toutes les six heures.

Cette double médication ne doit pas nous faire oublier le régime de vie qui doit être des plus hygiéniques. Nos petits malades seront portés à la promenade, on leur fera faire même quelque voyage au loin ; le changement d'air ici semble très bien agir ; et c'est même là la dernière ressource qui nous reste, lorsque quinze à vingt jours de la médication précédente n'ont pas triomphé de la coqueluche.

Tels sont à peu près les seuls conseils thérapeutiques que nous pouvons donner à notre correspondant et à tous ceux qui nous lisent. Nul doute que la thérapeutique de cette maladie est des plus variées ; rarement un état pathologique compte autant d'agents médicamenteux ; que ce soit là un avertissement salutaire, l'abondance des remèdes prouve la *paucité* d'une médication.

La scarlatine et la rougeole, sœurs presque inséparables et que la *raie blanche caractéristique* des auteurs ne vous empêche pas de confondre souvent au début, sont bien aussi des maladies du jour. Au sujet de ces deux fièvres éruptives ; il est deux observations des auteurs qui sont méconnues généralement et qui méritent considération, quoique l'expérience n'ait pas encore établi définitivement leur justesse.

L'isolement est bien une précaution hygiénique qu'il faut employer dans la plupart des maladies de cette nature. Cependant il semble être prouvé que l'isolement agit d'une manière plus certaine dans la scarlatine. Il convient donc de l'employer d'une manière plus méthodique.

Dans la rougeole l'agent préventif n'est pas l'isolement, mais l'usage de la belladone, à l'intérieur naturellement. Bouchut en recommande l'usage dans toutes les familles au début d'une épidémie rubiologique.

Que chacun se mette à l'essai et constate l'efficacité de cette double médication préventive de deux états pathologiques, qui présentent si souvent des complications organiques dangereuses. Au sujet de ces dernières, pourquoi ne dirions-nous pas, pour compléter ces quelques réflexions que la cause des complications de la scarlatine (maladie de Bright) et de la rou-



geole (bronchite, phthisie) se trouve bien dans l'exposition trop prompte des enfants à l'air, qui ici n'est plus le *pabulum vitæ*, mais bien le destructeur de la vie. Si une surveillance plus stricte des petits convalescents était faite, si on prolongeait de trois ou quatre semaines leur séjour à la maison, les convalescences ne seraient pas si fréquemment suivies de *rechutes* ou complications presque toujours mortelles.

S. L.

### Brochures reçues.

*On the Management of Infantile Eczema* by L. DUNCAN BULKLEY, A.M., M.D.

*On the use of sulphur and its compounds in Diseases of the Skin* by L. DUNCAN BULKLEY, A.M., M.D.

**Hôpital des Variolés.**—L'épidémie de variole, qui a sévi à Montréal avec tant de violence pendant ces dernières années, étant enfin disparue, la Corporation a décidé de fermer l'hôpital des variolés, ouvert le 7 novembre 1874. Voici les statistiques de cet hôpital depuis sa fondation jusqu'au 1er janv. 1880 :

	Malades admis.	Décès.	Mortalité.
Du 7 Nov. 1874 } au 1er Mars 1875 }	225	81	36-00
Pendant l'année 1876.	311	95	30-54
" " 1877.	212	74	34-90
" " 1878.	211	60	28-43
" " 1879.	169	46	27-21
Total.	1128	356	30-17

**Avis aux Médecins.**—M. Lamirande est maintenant investi de pleins pouvoirs pour poursuivre au nom du Bureau Provincial de Médecine toutes personnes pratiquant illégalement la médecine. Que les Médecins qui ne sont pas encore enregistrés ou qui n'ont pas payé leur contribution annuelle se mettent en règle sans retard. M. Lamirande tient son bureau au No. 34, rue St-Vincent, Montréal.

### NAISSANCE.

—A Southbridge, Mass., le 8 Octobre, la Dame de J. A. Robillard, M.D., un fils.

### DÉCÈS.

—En cette ville, le 4 courant, Saut et B. Schmidt, M.D., âgé de 54 ans.