

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# L'ABEILLE MÉDICALE

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

---

---

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

---

---

Vol. II.

AVRIL 1880.

No. 4.

---

---

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Les examens à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université du Collège Victoria à Montréal, ont eu lieu dans les salles de l'Institution, les 22, 23 et 24 Mars, en présence de MM. les assesseurs Duchesnois et Macdonell et de plusieurs médecins étrangers.

Les Messieurs dont les noms suivent ont subi leur dernier examen sur la pratique de la médecine, de la chirurgie et des accouchements :

MM. L. O. Lavallée, J. E. Fournier, Napoléon Beaudet, Joseph Robillard, Wilfrid Beaupré, F. Lachapelle, Ed. Roy, Charles L. H. Larocque, Georges Th. Moreau, Joseph Ed. Bergeron, S. E. Bergeron, J. M. Beausoleil, J. E. Lafarge, Joseph Blendin, J. A. Gibault, Emile St. Jacques, Anatole Comiré, J. O. Lacerte, J. E. E. Roy, Noé Coulombe, O. E. Belcourt, L. J. Roy, J. L. Carignan, G. H. Girard, Hormidas Paquette, Avila Gauthier, Téléphore Vadnais et L. de Vaudreuil.

Ont subi leur second examen :

MM. Jules E. Savard, Siméon Lamarche, J. A. Prieur, L. C. Bachand, G. M. A. Fortier, H. Rohmann, J. R. C. DeLorimier, Charles Girard, Gilbert Huot, Elzéar Voizard, Joseph Asselin, T. Hamelin, P. Elie Pager et J. B. LeRoy.

Les Messieurs dont les noms suivent ont subi leur premier examen :

MM. Philéas Geoffrion, Omer Guimond, L. Denis Grenier, Horace Manceau, Stanislas Gareau, Joseph Thériault, Frs. Murray, Emédée Martin, G. Laflamme, A. Z. Etue, Chs. Frs. Prévost, J. G. Prévost, A. P. Pepin, A. Ouimet, N. J. N. Salvail, Alf. Lesage, Alfred Gagnon, Louis A. Moll, Emile Simard, Joseph Bastien, G. T. Chartrand, J. A. Bigonnesse, J. A. B. Goulet, G. Baril, Eugène Fournier, H. A. Mathieu, P. E. E. DeLorimier, Adolphe Robert, C. F. Clerk, Albert J. O. Beaupré, Ed. Poitevin, Léopold Comiré, J. M. Brisebois, Joseph Venne, Edgard Turgeon, H. Evariste Langis, J. F. Rioux, A. Archambault, Gustave Paquet, David Dufresne, Alfred Duckett, J. A. Pepin, Joseph Napoléon Miller.

MM. Albert Trudel, L. H. Bergeron, Hilaire Bizailon, Etudiants en médecine vétérinaire, ont passé un examen satisfaisant sur la Chimie et la Physiologie.

MM. Pierre Gadbois, Paul Paquin, Philéas Labelle, Olivier de Maisonneuve, aussi Etudiants en médecine vétérinaire, ont subi leur examen sur la Botanique.

Les félicitations décernées par MM. les assesseurs à plusieurs reprises durant les examens sont une des meilleures preuves de la qualité des élèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et de la valeur de l'enseignement dans cette Institution.

---

#### Les Assesseurs du Bureau Provincial de Médecine.

---

On nous demande :

Si les Assesseurs sont nommés par le Bureau Provincial de Médecine? ; si leur nomination est pour trois ans? ; si le Président peut les révoquer à volonté? ; si le Président peut en choisir de nouveaux ou en nommer d'autres, quand bon lui semble?

Ou, si ce n'est pas seulement en cas de mort, d'absence ou de résignation d'aucun des Assesseurs que le Président est obligé de le remplacer?

## Hôtel-Dieu de St. Joseph.

Les médecins qui ont fait visite pendant les mois de Janvier, Février et Mars, sont les Drs. Beaudry, Brunelle, Craig, L. A. E. Desjardins, H. G. Desjardins et Hingston.

Le nombre de malades admis a été de 517, sur lesquels 13 sont morts.

Les opérations qui ont été pratiquées depuis le 1er Janvier 1880 sont au nombre de 72 dont les principales sont :

## PAR LE DR. HINGSTON

4 Ovariectomies	1 Polype utérin extirpé
3 Excisions de squirrhe au sein	“ Tenotomie de tous les fléchisseurs de la main
2 circoncisions	“ Resection du coude
“ Polypes nasaux extirpés	“ Cautérisation d'hémorroïdes
“ Excisions du gros orteil avec l'os métatarsien.	“ Paracenthèse du thorax
1 Staphylorrhaphie	“ Amputation du doigt
“ Amputation de la cuisse	Etc., etc.

## PAR LE DR. BRUNELLE

1 Pied bot redressé	1 Fistule anale débridée
“ Lipôme extirpé	“ Extirpation d'un polype nasal
“ Résection longitudinale du fibula	“ Amputation de la cuisse.
“ Incision d'un enchondrome en voie de désorganisation	2 Séances de lithotricie avec succès
“ Incision d'un kyste sous-maxillaire	Etc., etc.

## PAR LE DR. L. A. E. DESJARDINS

9 Cataractes	1 Corrélepis
2 Iridectomies	“ Iridotomie
“ Strabotomies	“ Enucléation
“ Cathéthérismes, de fistule lacrymale	“ Trepanation de la cornée
“ Réductions d'ectropion	“ Excision de staphylôme
	Etc., etc.

## Syndactylie.

PAR J. A. LEBLANC, M. D.

*Professeur agrégé de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, médecin du Dispensaire de la Providence.*

L'adhérence congénitale des doigts est le fait d'un défaut de séparation des doigts qui doit avoir lieu dans le troisième mois de la vie foetale. On a déjà dit que cette anomalie se produisait vers la cinquième semaine. Si j'ouvre Cazeaux (page 190) et Briand et Chaudé (page 242) je trouve dans l'un comme dans l'autre, qu'à cet âge, les membres thoraciques n'existent que sous formes de tubercule. A deux mois même les doigts sont encore réunis par une substance molle et gélatineuse qui nous empêche de voir si les doigts seront palmés ou non.

L'adhérence congénitale des doigts peut être : membraneuse ou osseuse ; complète ou incomplète.

1o L'adhérence membraneuse est la plus commune. Le plus souvent la peau est le seul moyen d'union qui retient deux ou plusieurs doigts de la main. Alors chacun des doigts palmés possède ses muscles, ses tendons, ses nerfs et ses vaisseaux propres. Il peut aussi se mouvoir séparément de son congénère suivant l'étendue de la membrane qui le retient, et si l'on détruit ce lien d'union, chaque doigt aura son mouvement propre.

Comme on le verra plus loin on peut remédier assez facilement à cette anomalie congénitale par différents moyens que j'indiquerai plus loin.

2o L'adhérence osseuse. Celle-ci est plus grave que la première et il est presque toujours impossible d'y porter remèdes. En effet dans ces cas il manque généralement des tendons et des branches nerveuses. Les vaisseaux des doigts adhérents sont aussi en commun. Il est facile de voir qu'une opération n'est pas praticable dans ces cas, qui sont heureusement assez rares. Dans les adhérences osseuses une opération pourrait être avantageuse seulement dans les cas où

l'union n'aurait lieu que sur une petite étendue de la phalange et que les tendons, nerfs et vaisseaux de chaque doigt soient au complet.

La palmature des doigts comme leur adhérence osseuse est complète quand l'adhésion porte sur toute l'étendue du doigt; incomplète lorsqu'elle n'existe que sur le segment correspondant à une phalange seulement.

Adhérences accidentelles. Celles-ci surviennent à la suite des brûlures de la main et de ses plaies contuses. Elle ne diffèrent de l'adhérence congénitale que par la présence d'un tissu cicatriciel et par des brides cicatricielles qui, unissant la peau des doigts à celle du dos ou de la paume de la main, donnent lieu à des déviations et à des subluxations. Il n'y a rien d'irrégulier comme les adhérences cicatricielles des doigts.

Il importe de savoir quand on devra opérer et dans quelles circonstances il faudra refuser l'opération. Nélaton dit que c'est vers l'âge de trois ou quatre ans qu'il est plus convenable de tenter l'opération. Plusieurs chirurgiens n'attendent pas aussi longtemps avant d'opérer, et ils paraissent s'en bien trouver. On peut aussi détruire la palmature des doigts dans un âge plus avancé et réussir parfaitement, comme on le verra bientôt dans un cas qui m'est survenu au commencement de l'hiver.

Quand doit-on omettre l'opération ?

1o Lorsque les articulations des doigts font défaut.

2o S'il manque des tendons.

Lorsque l'adhérence, constituée par de la peau, n'occupe que la base du doigt, permet une certaine mobilité et ne gêne pas les mouvements de préhension, il n'est pas indispensable d'opérer. On doit toujours chercher à rendre libre le pouce et l'index.

Les procédés adoptés pour remédier à ces anomalies sont nombreux. Chaque chirurgien, je pourrais dire, a sa manière d'opérer. Je donnerai ici les principales méthodes en usage aujourd'hui :

1o On traverse la base du pli interdigital avec une aiguille munie d'un fil de plomb qu'on laisse dans la plaie jusqu'à sa cicatrisation, ou mieux on introduit au même endroit, une petite plaque de plomb dans une incision préalablement faite avec une lancette. La commissure étant formée on divise l'adhérence depuis la commissure artificielle jusqu'à son bord libre. On peut aussi employer la ligature élastique.

2o On pratique sur la face dorsale de la commissure une incision en V qui s'étend sur la membrane interdigitale ; la membrane interdigitale étant incisée, on ramène le lambeau sur la surface palmaire où il est maintenu avec un diachylon tout le temps nécessaire pour la cicatrisation isolée des doigts.

3o Quand les doigts sont réunis par une portion de peau assez étendue, on fait deux incisions dans toute l'étendue correspondant à l'adhérence, l'une sur la face dorsale d'un doigt, et l'autre sur la face palmaire de son congénère adhérent, on dissèque et on isole les deux lambeaux qui sont destinés à couvrir les parties dénudées des doigts auxquels tient le lambeau.

Tel sont les trois modes d'opérer la palmature des doigts signalés par Stimson.

Maisonneuve a employé, pour détruire la membrane interdigitale par une sorte d'écrasement linéaire, deux tiges métalliques rapprochées par deux vis dont la supérieure traversait la peau à l'endroit où devait se former la nouvelle commissure.

Boyer faisait une incision simple avec compression de la commissure avec une bandelette de diachylon.

Quoiqu'on dise que c'est le procédé le moins sûr, je suis persuadé qu'en y ajoutant une palette digitiforme comme je j'ai fait dans le cas rapporté plus bas, il nous donne autant sinon plus de chances de succès qu'aucun autre procédé.

Vers le 25 Nov. 1879, un jeune homme, âgé de 17 ans, P.L., vient me trouver pour se faire *séparer les doigts*.

Le medius et l'annulaire des deux mains étaient adhérents. La palmature qui était congénitale était formée par une

membrane très-épaisse qui s'étendait jusqu'à l'extrémité des doigts. J'hésitai d'abord parce que je le trouvais un peu âgé. Je lui proposai de le conduire à l'hôpital pour le confier aux chirurgiens. Mais il s'objecta — il craignait trop le chloroforme — et me supplia de le débarrasser au plutôt de cette infirmité.

Alors, j'appelai le Dr Lefavre, et nous décidâmes de procéder par incision simple. Le patient subit l'opération des deux palmatures sans faiblir. J'appliquai ensuite des bandettes de diachylon pour rapprocher les bords de la plaie et comprimer la commissure. Le lendemain, les doigts étaient quelque peu tuméfiés ; ceci disparut bientôt avec des compresses d'eau froide. Après que l'inflammation eût diminué je plaçai les mains de l'opéré sur des palettes digitiformes de manière à isoler les doigts et faciliter la guérison de la nouvelle commissure, et prévenir une nouvelle adhérence. Trois fois par jour le malade se faisait panser ses plaies avec l'acide carbolique au quarantième. De temps à autre, je lui faisais faire des applications d'onguent d'oxyde de zinc comme dessiccatif. A la fin de Décembre, P. L. était guéri et aucune membrane ne gênait les mouvements de ses doigts.

---

#### Pour enlever les poils superflus.

---

Pour enlever les poils superflus de la face, s'ils sont peu nombreux et bien localisés, enlevez-les un par un avec des pinces, et insérez une aiguille triangulaire dans le follicule ; ceci est recommandé par le professeur Bulkley. S'ils sont nombreux, mélangez parties égales de liqueur de potasse et d'alcool que vous appliquerez sur la partie au moyen d'une brosse à dent ou d'un pinceau, l'opération sera répétée deux fois par semaine, ayant soin de bien laver la partie touchée avec du savon immédiatement après.—*British Med. Journal.*

---



## LA VACCINATION

(Suite.)

## DEUXIÈME PARTIE.

Le Dr John Baron, l'ami, le confident, le disciple enfin de Jenner, a publié en 1837, la vie de l'auteur de la vaccination; les admirateurs et les adeptes de cette doctrine n'ont point manqué d'élever Jenner au rang des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

Les rapports intimes et constants qui existaient entre le Dr. Baron et Jenner, durant les 15 dernières années surtout de sa vie, auraient fourni au Dr Baron, s'il n'eût été animé que du désir de connaître le résultat de la vaccination, l'occasion de juger plus sainement de la valeur que pouvaient avoir les travaux de son maître sur l'inoculation du virus-vaccin, cow pox; mais l'amitié qu'il portait à l'auteur de cette pratique étrange lui faisait oublier les accidents qui en résultaient.

Après la mort de Jenner, les exécuteurs testamentaires remirent sa correspondance au Dr Baron, homme instruit, mais trop partisan du principe protecteur proclamé contre la variole et ses effets pour en faire une appréciation judicieuse, puisque Jenner lui-même disait que la vaccination n'était pas un préservatif *certain*. Voici ce que dit Baron :

“ Plusieurs années s'écoulèrent avant qu'il pût avoir occasion de compléter les expériences qu'il projetait de faire sur la vaccination, et il rencontra de nombreuses difficultés dans la poursuite de ses recherches préliminaires. D'abord il s'était aperçu, d'après ses observations aussi bien que d'après celles de quelques autres médecins du pays, que ce qu'on appelait communément “ cow pox ” n'était pas un préservatif certain contre la variole. Ce fait diminua, mais n'éteignit pas son ardeur. En poussant son investigation plus loin, il s'aperçut qu'on pouvait obvier à cette difficulté. Il découvrit que la vache était sujette à diverses éruptions spontanées se produisant sur le pis et toutes capables de communiquer des

pustules aux mains de ceux qui traitent le lait, et que toutes les pustules ainsi produites étaient appelées "cow pox" par les laitiers. Ce renseignement fut satisfaisant et fit tomber une grande difficulté ; il devint le sujet d'une distinction entre ces maladies, l'une étant appelée par Jenner le véritable, et l'autre le faux "cow pox", le premier seul ayant la propriété de préserver la constitution contre la variole."

"Many years elapsed before he had an opportunity of completing his projected experiments in vaccination, and he encountered numerous difficulties in carrying on the preliminary part of his inquiry. In the first place, he had found from his own observation, as well as from that of other medical gentlemen in the country, that what was commonly called "cow pox" was not a certain preventive of small pox. This fact damped, but did not extinguish his ardour. By prosecuting his investigation a little further, this difficulty was obviated. He discovered that cows were subject to a variety of spontaneous eruptions on their teats ; that they all were capable of communicating sores to the hands of the milkers ; and that whatever sore was so produced, was called, in the dairy, "cow pox." This was satisfactory information and removed one great difficulty, and suggested a distinction between these diseases, one being called by him the true, the other the spurious cow pox ; the former possessing a specific power over the constitution, the other not." (p. 132.) vol. 1st.

Combien Jenner et les vaccinateurs qui lui ont succédé se sont abusés en croyant voir dans la vaccine un préservatif contre la variole ! La vaccine est une affection ou maladie épidémique, contagieuse, d'une virulence très-grande, qui attaque les animaux ; cette maladie origine du cheval ; elle se transmet à la vache, de celle-ci à l'homme, soit par infection, par contagion ou par inoculation.

Pour des hommes sérieux, comment le virus-vaccin peut-il agir comme préservatif contre la variole ?

La théorie de Jenner se résume comme suit :

Première proposition : — Si celui qui a été vacciné ne contracte point la variole, c'est qu'il a été vacciné avec le vrai vaccin ;

Seconde proposition : — Si au contraire, celui qui a été vacciné contracte la variole, c'est que l'inoculation a été pratiquée avec le faux vaccin. Voici cette théorie telle qu'exposée par Baron :

“ La vache peut contracter différentes éruptions vésiculeuses appelées cow pox, capables de communiquer la vaccine ; mais il n'y a que le vrai cow pox, qui préserve de la variole.” Et comment reconnaître le vrai cow pox ? Jenner admet, d'après Baron, que certaines épidémies de vaccine se déclarent sur la vache et se communiquent aux hommes, souvent même à ceux qui ont eu la variole. Les expériences qu'il a faites auraient dû, loin de convaincre ses amis, leur laisser de grands doutes sur l'action préservatrice du virus-vaccin. Il écrivait à ses amis avec un esprit de libéralité apparente, leur laissant croire qu'il désirait que la question fût discutée de manière à faire connaître la vérité des résultats de sa découverte, il les engageait même à lui faire part de leurs observations.

Le Dr Haygarth écrivait ce qui suit au Dr Worthington, ami intime de Jenner :

“ Votre récit du cow pox est vraiment merveilleux : une histoire aussi étrange et si opposée à toutes les observations qui ont été faites à ce sujet aura besoin de toute la clarté, de toute l'évidence possible, pour devenir croyable.”

“ Your account of the cow pox is indeed very marvellous: being so strange a history, and so contradictory to all past observations on this subject, very clear and full evidence will be required to render it credible.” (p. 134 vol. 1.)

La doctrine de Jenner se modifiait selon les exigences et les circonstances. Il est clair qu'il n'entrevoit point d'abord toutes les objections qui lui ont été faites par ses confrères et même par ses amis : afin de conserver la confiance du public et l'appui de ses partisans, il invoque, au soutien de sa cause,

l'existence de deux sortes de virus-vaccin ! Mais comment distinguer le vaccin vrai du vaccin faux ? Voici ce qu'il écrivait lui-même : " Il peut se produire sur le pis de la vache et sur les trayons plusieurs espèces de vaccine semblables à la véritable et toutes appelées cow pox, soit qu'elles se trouvent sur la vache, ou se soient communiquées à un être humain."

" The true has many imitations by the false on the cow's udder and nipples ; and all is called cow pox, whether on the cow or communicated to the human animal." (p. 297, vol. 1.)

Si la vraie vaccine a des caractères qui peuvent la faire confondre avec celle qui est fausse, encore une fois, comment les distinguer l'une de l'autre pour éviter les accidents ? Si cette distinction de la fausse et de la vraie vaccine est un argument en faveur de la vaccination, il faut admettre qu'il n'a aucune valeur pratique et qu'il n'a été adopté par Jenner que pour se ménager la confiance de ses partisans. Les arguments de Jenner en faveur de sa théorie, sont réellement futiles ; et encore aujourd'hui selon les fidèles disciples du maître, lorsque la vaccine ne préserve point ou que des accidents surviennent après l'inoculation du vaccin, c'est dû à ce que les gens n'ont pas été bien vaccinés. Jenner, après avoir demandé, désiré même que ses partisans fissent publier leurs observations, finit par les dédaigner, et ceux qui ne croyaient pas dans les effets merveilleux du cow pox, devinrent de plus en plus incrédules, comme le prouve l'extrait suivant d'une de ses lettres à M. Edward Garner (" Berkeley") :

" Cet homme même, Ingenhousz, ne conuait pas plus la véritable nature du cow pox que maître Selwyn ne sait de grec ; pourtant il est parmi les philosophes ce qu'était Johnson parmi les littérateurs, et, soit dit en passant, il lui ressemble assez de figure," etc.

" This very man, Ingenhousz, knows no more of the real nature of the cow pox than master Selwyn does of greek : yet is among philosophers what Johnson was among the litterators, and, by the way, not unlike in figure." Page 296, vol. 1.

Le Dr Ingenhouz était un médecin distingué, un savant même, mais Jenner n'avait pu lui en imposer; cet homme ne voyait que des insuccès et rien pour le convaincre dans les résultats de la vaccination.

Plus tard, la publication des essais qu'avait faits Jenner avec le vaccin qui lui avait été fourni par le Dr Pearson et les rapports qui s'établirent entre ces deux hommes firent entrevoir pour la vaccination des résultats meilleurs que ceux qui se produisirent dans la suite.

L'attention publique fut attirée sur le sujet et le Dr Pearson rendit service à la cause, suivant Baron, en établissant une vaste correspondance avec les médecins du royaume. Il démontra que le cow pox était devenu une vaste épizootie (p. 304, vol. 1.)

La position prise par Jenner n'était donc pas sans laisser de grands doutes sur la valeur plus imaginaire que réelle de la vaccination. Le Dr Pearson voulait rendre le nom de Jenner immortel; il lui promit de l'appuyer dans la publication de son pamphlet et lui dit que s'il pouvait avoir la preuve de l'efficacité de la vaccination, il le rendrait à jamais célèbre:

“ Votre nom vivra dans la mémoire des hommes aussi longtemps qu'ils auront de reconnaissance pour les services qu'on leur rend et de respect pour leurs bienfaiteurs; si je puis seulement m'assurer de la chose, je rendrai votre nom immortel, ou je me trompe beaucoup.”

“ Your name will live in the memory of mankind as long as men possess gratitude for services, and respect for benefactors; and if I can but get matter, I am much mistaken if I do not make you live for ever.” P. 305, vol. 1.

Plus tard le Dr. Pearson écrivait à Jenner :  
 “ Vous ne sauriez vous imaginer combien les gens méprisent cette affaire du “ cow-pox ”. L'un dit qu'une chose qui vient des jambes malades du cheval doit être bien sale et bien mauvaise ! Un autre : O mon Dieu, nous irons introduire dans notre système les maladies des animaux, tandis que nous n'en avons déjà que trop qui nous sont propres ! Un

troisième trouve que c'est un procédé bien étrange et bien bizarre, et ne sait qu'en penser ! J'entends tout ceci bien tranquillement ; cela me rappelle que l'inoculation de la variole reçut un accueil encore moins favorable."

" You cannot imagine how fastidious the people are with regard to this business of cow-pox. One says it is very filthy and nasty to derive it from the sore heel of horses ! Another, O my God, we shall introduce the diseases of animals among us, and we have too many already of our own ! A third sapient set say it is a strange odd kind of business, and they know not what to think of it ! all this I hear very quietly, and recollect that a still more unfavourable reception was experienced by the inoculation for the small pox." P. 306, vol. I.

Ne voyons-nous pas que plusieurs de ceux qui paraissaient croire à la doctrine de Jenner en redoutaient néanmoins les effets ; ils éprouvaient de grandes craintes de transmettre dans l'organisme des maladies étrangères à la constitution, et leurs craintes étaient partagées par un grand nombre de médecins distingués. Ce n'est donc pas d'aujourd'hui que l'on dit aux vaccinateurs : " vous avez confiance dans une pratique superstitieuse qui vous trompe et par laquelle vous en imposez au public."

L'opposition des amis de Jenner était une désapprobation on ne peut plus directe de la vaccination, quoiqu'il dît que sa découverte était adoptée par toute l'Europe, et qu'elle se répandait en Amérique et aux Indes Orientales.

Les rapports des insuccès qui lui arrivaient des différentes parties de l'Angleterre auraient dû le décourager ; il redoublait, au contraire, d'efforts pour maintenir la réputation de cette pratique qui lui défaillait. Baron cite encore ces paroles de Jenner : " Ce que j'ai dit au sujet de la vaccination est vrai. Si elle est donnée convenablement, elle préserve la constitution autant que le peut faire l'inoculation variolique. La vaccine, (ou picote de la vache), c'est la petite vérole sous une forme plus pure que celle qui règne parmi nous depuis 12 siècles."

“ What I have said on this vaccine subject is true. If properly conducted, it secures the constitution as much as variolous inoculation possibly can. It is the small pox in a purer form than that which has been current among us for twelve centuries past.” (p. 15, vol. 2).

Jenner admettait donc par ce qui précède que le virus-vaccin protège tout autant et pas plus que l'inoculation du virus-variolique, et que la vaccine est la variole, mais pure.

Ce raisonnement extraordinaire n'est-il pas la condamnation même de la vaccination, puisqu'en 1840 on passait, en Angleterre, une loi prohibant l'inoculation. Lorsqu'on en est rendu à dire que la vaccination protège autant que l'inoculation, n'est-ce pas là admettre que ni l'une ni l'autre ne garantit de la variole ? Le Dr Mosely et M. Goidson s'étaient prononcés contre la vaccination qui ne produisait aucun bon résultat, et Jenner n'avait d'autre raisonnement que le persiflage à l'adresse de ceux qui ne partageaient pas ses vues. Selon lui il n'y avait que des ignorants qui pussent s'opposer à sa découverte, comme aujourd'hui ceux qui s'opposent à la vaccination devraient être envoyés dans les maisons de santé.

Jenner lui-même admet des insuccès dans sa pratique dès le commencement de la vaccination, mais il les attribue à ce que le virus vaccin n'avait pas bien pris, (c'est-à-dire n'avait pas produit son effet). “ Dr Jenner himself, from the commencement, perceived that in his cases of failure, cow-pox had never properly taken place.” Page 19, vol. 2.

En parlant de la susceptibilité de certaines constitutions à contracter la variole deux fois et même plus, Jenner a dit :

“ D'un côté, la susceptibilité à prendre la variole est demeurée la même malgré une attaque antérieure de la maladie, tandis que d'un autre côté, certaines constitutions semblent n'être aucunement susceptibles de contracter la petite vérole. On a vu des faits semblables se produire dans la pratique de la vaccination.

“ In the one, the susceptibility of small pox was not taken away by previous infection ; while, on the other hand,

some constitutions seem to be unsusceptible of small pox infection altogether. It was found, that similar occurrences took place in the practice of vaccination ; " etc., etc. Page 20 Vol. 2.

Jenner veut que le résultat salulaire de la vaccination dépende des soins qu'on apporte à cette pratique et du choix que l'on fait du virus-vaccin. — Mais la nature de ce virus reste toujours la même quelque soit le mode de l'obtenir.

J. E. CODERRE M. D.

(*A continuer.*)

### Etudes sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques.

Par MM. GOSSELIN et A. BERGERON.

(*Suite et fin*)

VI. Nous savons maintenant, à n'en pas douter, que l'alcool et l'acide phénique sont bien antiseptiques pour le sang, et qu'ils le sont à des degrés variables, suivant qu'ils sont employés tout d'un coup ou progressivement à des doses plus élevées.

Reste à examiner comment ils agissent. A notre avis, ils agissent de deux façons. Nous acceptons d'abord l'opinion qui émane des travaux de M. Pasteur et qu'enseigne exclusivement M. Lister, celle de la destruction possible par l'antiseptique des germes atmosphériques dont le développement produit la décomposition putride et les vibrions (1). Mais nos

(1) Nous avons répété plusieurs fois une expérience qui vient à l'appui de cette action germicide des antiseptiques. Elle a consisté à verser, dans un tube contenant du sang putréfié à l'air avec une multitude de vibrions filamenteux, soit une goutte d'alcool à 86° : le lendemain et les jours suivants, le sang ne contenait plus de vibrions. Si l'antiseptique les fait disparaître, il est permis de croire qu'il annihile aussi leurs germes ou ferments.



expériences nous autorisent à faire intervenir une deuxième explication, savoir une modification favorable imprimée au sang par le contact même de l'agent antiseptique, modification qui nous paraît n'être autre chose que la coagulation de l'albumine. Cette coagulation est connue depuis longtemps pour l'alcool; moins souvent signalée jusqu'ici et moins étudiée pour l'acide phénique, elle est tout aussi incontestable et elle offre cette particularité, qu'elle est donnée par des doses beaucoup plus faibles qu'avec l'alcool.

Il nous est impossible de dire aujourd'hui dans quelle mesure intervient chacune des explications dont nous venons de parler. Nous ne pouvons pas non plus savoir pourquoi et comment le sang modifié par les antiseptiques n'arrive pas ou arrive lentement à la putréfaction. Nous supposons que, dans les cas où tous les globules ont disparu par la coagulation, la matière granuleuse qui les remplace est inattaquable par les germes atmosphériques, et que, dans ceux où les globules ne sont que granuleux sans s'être dissociés, il en reste quelques-uns et il reste en même temps du plasma qui peuvent se putréfier encore, mais plus lentement, si l'antiseptique n'a pas détruit tous les germes ambiants.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement au point de vue de la septicémie que l'absence de putridité du sang est utile: elle l'est aussi au point de vue de la suppuration ultérieure, celle-ci nous paraissant être d'autant plus intense et plus grave qu'elle a été occasionnée ou tout au moins augmentée par les produits irritants de la putridité du sang.

Quoiqu'il en soit de ces difficultés, il n'en reste pas moins utile de faire connaître, aux chirurgiens qui conservent des doutes sur le pouvoir germicide des antiseptiques, que ceux-ci ont en même temps sur le sang une action directe très-favorable.

Cette action nous a été très-largement démontrée par l'examen immédiat d'une petite quantité de sang (dix gouttes) à laquelle nous avons ajouté une proportion relativement forte d'acide phénique (0 gr. 020 par exemple) ou d'alcool (vingt-

cinq ou trente gouttes). Nous avons constaté alors deux choses : 1<sup>o</sup> à l'œil nu, la coloration jaunâtre et l'épaississement du liquide, indices de la coagulation albumineuse ; 2<sup>o</sup> au microscope, les globules disparus et remplacés par des masses granuleuses. Nous avons désigné ce résultat sous le nom d'*imputrescence extemporanée* ou *très-prompte*. En tout cas, il était évident qu'un résultat si vite obtenu était dû exclusivement au contact de l'antiseptique et nullement à la destruction des germes de l'air.

Cette modification du sang, que nous appellerons l'*altération antiseptique*, nous a été démontrée encore par l'état du sang que nous avons soumis dans nos premières séries, soit à l'action à distance, soit à l'addition progressive et à petites doses de l'antiseptique. Les premiers jours, la coagulation n'a pas été constatée à l'œil nu ; mais, au microscope, nous avons trouvé les globules sanguins crénelés, ratatinés et surtout granuleux à leur surface, au lieu de l'aspect clair qu'ils ont dans leur état normal. Plus tard les globules avaient disparu et nous ne trouvions plus que les masses granuleuses dues soit à la dissociation des globules altérés, soit à la coagulation concomitante du sérum et du plasma. L'imputrescence avait encore été obtenue, mais progressivement.

Enfin, dans les cas où la dose d'antiseptique ayant été moins forte, la putréfaction n'a été que retardée, nous avons vu, à côté de quelques globules granuleux, les autres transparents et lisses comme à l'ordinaire, mais seulement ratatinés, irréguliers et crénelés. Ces différences dans l'aspect des globules nous sont devenues assez familières pour nous permettre d'apprécier par avance ce qui adviendrait relativement à la putréfaction. Quand, au bout de sept à huit jours, nous trouvions tous les globules granuleux, nous savions que les vibrions n'apparaîtraient pas ou ne viendraient que très-tard. Quand, à la même époque, la totalité ou la plus grande partie des globules restaient clairs et transparents en même temps que déformés, nous étions sûrs que les vibrions ne tarderaient pas à se montrer.

VII. Nous n'avons pas la prétention de réaliser sur les plaies de l'homme tous les résultats que nous venons de signaler. Il serait dangereux de viser à l'imputrescence extemporanée ou très-rapide, parce que, pour la produire, il faudrait des doses nuisibles par leurs effets locaux et généraux.

La seule chose que nous puissions obtenir, c'est le retard ou l'amointrissement de la putridité, que donnent les doses modérées. Quand nous employons ces dernières, nous avons, d'après nos expériences, le droit d'espérer que la décomposition putride et ses effets ne se produiront pas, non parce que le sang sera devenu tout à fait imputrescible, mais parce qu'il aura été absorbé et sera sorti de la plaie avant de s'altérer au degré voulu pour la septicémie, ou parce que, si un commencement de putridité a eu le temps de se produire, ce n'est pas à un degré assez prononcé pour que l'absorption de ses matériaux soit très dangeureuse.

En tout cas, si d'une part on tient compte de la destruction plus ou moins suffisante des germes atmosphériques de la fermentation putride par les antiseptiques, si d'autre part on considère ce que donne pour le sang le contact direct de ces derniers au moyen de la pulvérisation, des lotions quotidiennes et de l'évaporation, si enfin l'on tient compte du drainage complémentaire qui permet l'écoulement au dehors d'une partie du sang et l'injection à chaque pansement de quelques gouttes antiseptiques dans la profondeur de la plaie, on comprend de quelle utilité sont l'alcool et l'acide phénique à la période à laquelle les plaies sont saignantes, savoir au moment où elles sont produites et pendant les cinq à dix jours qui suivent.

Les chirurgiens qui les emploient pendant cette période ont donc raison, et nous n'avons pas d'après tout ce qui précède, de puissants motifs pour donner une préférence absolue à l'un des antiseptiques sur les autres. L'acide phénique étant celui que l'on préfère aujourd'hui le plus souvent, nous voyons tout avantage à l'employer simultanément en pulvérisation, en lotions et en applications au moyen de la tarlatane,

et à préférer la dose au quarantième ou au cinquantième, qui, renouvelée tous les matins, a grande chance de donner, sans exposer à la gangrène et à l'empoisonnement, un retard ou un amoindrissement de la putréfaction suffisamment préserveur des septicémies.—*Gazette Médicale.*

---

### Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD, médecin de l'hôpital Pitié, etc.

---

(Suite.)

I. MÉDICATION GÉNÉRALE.—Au premier rang des modificateurs généraux de l'organisme, qui peuvent avoir une action sur l'utérus chroniquement enflammé et que, par conséquent, on a dû songer à utiliser pour modifier sa texture, viennent se placer les antiphlogistiques, puis les altérants ou les fondants, enfin les dérivatifs ou les révulsifs, tant internes qu'externes.

A. *Antiphlogistiques.* — Si la nature inflammatoire de la maladie permet de songer aux antiphlogistiques dans le traitement de la métrite chronique, l'étude clinique de cette affection nous apprend avec quelle excessive réserve nous devons user de semblables moyens. Vous n'avez pas oublié, en effet, que, par la marche naturelle des choses, on voit succéder assez rapidement l'anémie du tissu utérin et l'atrophie de ses vaisseaux sanguins à la congestion et à l'hypervascularisation qui avaient marqué le début de cette maladie. Vous vous rappelez également que cette anémie ne reste pas limitée au tissu malade et que, dans tous les cas sans exception, on ne tarde pas à voir se produire une débilitation profonde de l'organisme, s'accompagnant d'un état chlorotique souvent fort grave. C'en est assez pour vous mettre en garde contre l'abus de médication antiphlogistique.

a. On n'a pas manqué de conseiller la saignée générale ; mais, après vous avoir engagé à vous en abstenir dans les cas de métrite aiguë, je ne saurais approuver son emploi dans le

traitement de la métrite chronique. Tout le monde est, du reste, aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les saignées générales, abondantes, déplétives, sont non seulement inutiles, mais même nuisibles de cette maladie. Et, s'il se trouve encore, parmi nous, quelques rares praticiens qui persistent à ordonner la saignée du bras ou du pied, ils ont soin de la rendre aussi peu spoliatrice que possible, en n'enlevant pas plus de 125 ou 80 grammes de sang, quelquefois 60 ou même 30 grammes ; seulement ils prétendent obtenir ainsi une action révulsive ou résolutive plutôt qu'antiphlogistique. Si la physiologie m'expliquait cette prétendue action révulsive ou dérivative, produite sur l'utérus par la déperdition de 30 à 60 grammes de sang retirés d'une des veines du pli du coude, je chercherais à discuter jusqu'à quel point il convient de provoquer une semblable révulsion ; si, à défaut d'une explication physiologique, l'observation me montrait les heureux effets de cette méthode, j'y aurais recours, sans hésiter et sans m'inquiéter de l'explication. Mais l'expérience ne lui est pas plus favorable que la théorie ; et, il y a quelques années à peine, il ne se passait pas de semaines que nous ne vissions des malades dont la métrite chronique avait résisté à des saignées du bras, dont le nombre se chiffrait souvent par plusieurs douzaines pour chaque sujet. Du reste, du moment où l'on ne retire pas par la veine plus de sang qu'on ne le ferait par une ventouse ou une sangsue, je ne comprends pas que l'on ne recoure pas de préférence à ces dernières, qui ont au moins l'avantage d'ajouter une action locale incontestable à l'action générale résultant de la déperdition sanguine, si faible soit-elle. Je ne vois donc aucune raison plausible de faire figurer la saignée générale, même excessivement peu abondante, dans le traitement de la métrite chronique ; et, tout en reconnaissant que les émissions sanguines sont souvent fort utiles dans le cours de cette maladie, comme, à mon avis, elles ne doivent jamais être pratiquées que localement au moyen des ventouses scarifiées ou des sangsues, je renvoie ce que j'ai à vous en dire au moment où je vous parlerai de la médication locale.

b. Parmi les antiphlogistiques vous devez placer le bain ; le bain tiède, un peu prolongé, qui a pour effet de diminuer la température et de faire baisser le pouls. C'est, en même temps, un excellent sédatif, qui contribue, à la fois, et à faire diminuer les douleurs, et à calmer l'excitation nerveuse qui fatigue tant les malades, et se produit lorsque surviennent les poussées inflammatoires, si fréquentes dans le cours de la métrite chronique, surtout aux approches des époques menstruelles. Il ne s'agit ici que du bain simple, dans lequel on peut mettre un peu de son, à titre d'émollient, ou qu'il est plus facile de rendre plus calmant en y ajoutant une infusion de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger. Les véritables agents thérapeutiques sont, ici, l'eau et la chaleur ; nous chercherons plus tard comment, à leur action, on peut ajouter celle de diverses autres substances, pour constituer les bains médicamenteux.

Vous me voyez souvent prescrire des bains simples tous les deux ou trois jours, en recommandant de les prolonger pendant une heure et même davantage ; leur action antiphlogistique ne peut être obtenue qu'à la condition de les donner aussi prolongés et rapprochés. Certaines eaux thermales non minéralisées, comme celles de Nérès, d'Evau, de Plombières, d'Ussat, n'agissant que par leur température, sont souvent utiles au début de la métrite chronique, pour les femmes chez lesquelles il survient à chaque époque menstruelle des poussées congestives, simulant le retour à l'état aigu. Ces eaux sont aussi indiquées lorsque l'on voit une métrite aiguë, ou une métrite postpuerpérale, se prolonger de façon à faire craindre son passage à l'état chronique. C'est alors que la médication antiphlogistique est plus particulièrement indiquée et, dans ces cas, les bains tièdes, artificiels ou naturels, doivent être associées aux émissions sanguines locales.

B. *Altérants et fondants.*—La médication altérante est certainement celle qui, logiquement, paraît le mieux indiquée dans une maladie caractérisée anatomiquement par une modification de texture, due à l'exubérance d'un dépôt plastique,

organisé au sein des tissus de l'organe malade et déterminant l'augmentation de son volume. On peut, en effet, espérer qu'un agent qui provoquerait la résorption des éléments morbides surajoutés laisserait intact le tissu sain et ramènerait l'organe malade à son état d'intégrité primitif. A ce point de vue, les altérants et les fondants doivent avoir une action plus efficace que les antiphlogistiques. Vous ne devez donc pas être surpris si c'est parmi les moyens de cette catégorie que vous trouverez les agents auxquels vous aurez le plus utilement recours. Seulement, comme la médication antiphlogistique, la médication altérante a ses inconvénients et même ses dangers et vous ne tarderez pas à apprendre que, si certains des médicaments dont elle se compose nous sont souvent utiles, en tant que moyens locaux, il y aura rarement lieu d'appliquer la médication générale altérante avec une certaine rigueur ; car on ne pourrait obtenir une modification un peu notable de l'utérus malade qu'à la condition de produire dans tout l'organisme une perturbation dont l'effet désastreux ne serait que fort rarement compensé par l'amélioration minime obtenue. C'est à ce point de vue qu'il convient d'apprécier l'utilité des agents dont je vais vous parler.

a. En tête de la liste des médicaments altérants nous en trouvons un qui, par son action efficace dans certaines inflammations des plus franches, et notamment dans la pneumonie, peut marcher à côté des antiphlogistiques proprement dits : je veux parler du tartre stibié. On l'a préconisé dans le traitement de la métrite, en recommandant de le donner à dose rasorienne, c'est-à-dire de 30 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 120 grammes. Je n'ai pas cru devoir vous le conseiller lorsqu'il s'est agi de la métrite aiguë et je m'expliquerais encore moins qu'il pût être utile dans la métrite chronique. C'est surtout dans la métrite puerpérale qu'il a été expérimenté, et les succès qu'on lui a attribués m'ont toujours paru contestables ; aussi n'y ai-je pas recours, même lorsqu'il s'agit de cette forme tout-à-fait sur-aiguë de l'inflammation utérine

b. Les mercuriaux ont une action tout aussi énergique et certainement moins douteuse. On les a administrés à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur, le calomel à dose fractionnée, soit 1 décigramme, mélangé à trois ou quatre grammes de sucre en poudre, pour rendre son fractionnement plus facile, et divisé en vingt paquets, que l'on fait prendre d'heure en heure, détermine trop rapidement la salivation pour qu'il y ait possibilité d'en continuer l'usage pendant plusieurs jours ; et alors son action thérapeutique est insuffisante, car il n'a pas le temps d'agir sur le tissu même de l'utérus.

Les pilules bleues, dont on fait un si fréquent usage en Angleterre, et qui sont composées de mercure métallique ; le bichlorure de mercure donné soit seul comme dans la liqueur de van Swieten, soit associé à la cigüe et sous forme de pilules, comme West le conseille, ont le même inconvénient, mais à un moindre degré, ce qui permet de les continuer plus longtemps à titre de fondants ; surtout si l'on a soin de favoriser la tolérance en administrant simultanément le chlorate de potasse. J'ai peu expérimenté cette médication dont les inconvénients me frappent infiniment plus que les avantages.

A l'extérieur on emploie l'onguent napolitain, soit en frictions sur les cuisses, les aines, les aisselles et même le ventre pour provoquer son absorption, et, par suite, obtenir un effet identique à celui que produisent les préparations mercurielles prises par la bouche. Il est surtout utile lorsqu'une poussée inflammatoire a lieu du côté du péritoine, et alors ce ne sont plus des frictions qu'il faut prescrire, mais simplement une onction, en étendant l'onguent en couche épaisse sur l'abdomen. Comme la douleur est alors excessivement vive, on associe au mercure un narcotique, l'extrait de belladone.

Je me sers assez souvent de l'onguent mercuriel associé au cérat pour panser les vésicatoires volants que je fais placer sur l'abdomen, dans le cours de la métrite chronique ; et soit en raison du peu d'étendue de la surface absorbante, soit en



raison du peu de durée de son emploi, qui en pareil cas n'est jamais de plus de quatre à cinq jours, je n'ai jamais vu survenir de salivation.

c. A l'action du mercure je préfère, à tous égards, celle de l'iode et de ses composés, qui est à la fois et infiniment moins problématique, et beaucoup plus facile à limiter. Aussi me voyez-vous employer l'iode sous toutes ses formes, à ce point que je ne sache peut-être pas une seule femme affectée de métrite chronique, qui ait été soignée par moi, sans en avoir fait usage, à un moment où à l'autre. Je ne vous apporte pas d'observations spéciales et détaillées des faits qui se trouvent journellement sous vos yeux.

L'iode est employé à l'état de métalloïde sous forme de teinture alcoolique. Je l'administre souvent ainsi, à la dose de 6 à 12 gouttes, dans un julep gommeux, dont je fais continuer l'usage pendant huit à dix jours chaque mois. Je choisis pour le prescrire, le moment de l'apparition des règles ou de l'époque présumée de leur retour, car c'est dans le cas où la métrite chronique s'accompagne de dysménorrhée ou d'aménorrhée qu'il réussit le mieux. On l'avait considéré comme un emménagogue, mais il ne l'est que par la façon avantageuse dont il agit sur le tissu utérin induré, dans la deuxième période de la métrite chronique, où il provoque le retour des règles. La même action est, du reste, produite, quoique à un moindre degré, par les autres préparations iodurées et en particulier par l'iodure de potassium ou par l'iodure de fer. Vous pouvez les administrer l'un ou l'autre à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, et cela pendant une vingtaine de jours, au bout desquels vous laisserez la malade se reposer une semaine ou deux, avant de revenir à ce médicament, dont l'usage doit être ainsi prolongé pendant plusieurs mois.

A l'extérieur, nous employons simplement à titre de fondants les pommades à l'iodure de plomb ou à l'iodure de potassium ; mais leur action est pour moi fort douteuse, et je leur préfère les badigeonnages avec la teinture d'iode, qui

détermine une irritation révulsive, et les pansements topiques avec divers produits iodurés que nous retrouverons en parlant de la médication locale.

d. Au nombre des altérants on a rangé la ciguë, dont l'action est absolument nulle dans le traitement de la métrite chronique et qui ne vous donnera aucun bon effet ; soit que vous la prescriviez à l'état naturel (poudre, extrait, infusion, cataplasmes) ; soit que vous ayez recours à son alcaloïde la conicine, qui s'emploie à l'intérieur sous forme de granules et à l'extérieur sous forme de baume ; soit que vous l'associez à d'autres moyens d'une efficacité moins douteuse, comme le mercure ou le calomel.

e. L'arsenic, que l'on fait aussi figurer, à tort, parmi les altérants, a sa place marquée parmi les reconstituants, lorsqu'il est administré à l'intérieur ; nous l'y retrouverons.

f. Le seigle ergoté est un excellent médicament qui nous est fort utile dans le traitement de la métrite chronique ; mais à cette double condition, et qu'on l'administrera dans la première période de la maladie, alors que l'utérus est molasse, gorgé de sang ou de sérosité, et qu'on ne le donnera pas dans tous les cas où il y a inflammation de la muqueuse de la cavité du corps, en même temps que du parenchyme, car alors des douleurs assez vives seraient la conséquence inévitables des contractions qu'il solliciterait dans le tissu de la matrice. Ces contractions sont, en effet, la condition essentielle du succès de ce médicament. C'est en excitant la vitalité du tissu propre de l'utérus qu'il agit ; et, sous l'influence des contractions qu'il sollicite, on voit l'organe se réveiller en quelque sorte et reconquérir sa tonicité. La circulation, un moment ralentie dans les vaisseaux, reprend son cours régulier ; les exsudats qui devaient donner lieu à la production du tissu lamineux interstitiel, n'ont pas le temps de se former, ou sont immédiatement résorbés, et il n'est pas rare de voir la métrite chronique se guérir, sans arriver à la deuxième période, lorsque l'on a la bonne fortune de pouvoir administrer le seigle ergoté à temps, et que l'on ose le continuer avec une persistance suffisante.

Vous pouvez l'administrer de plusieurs façons. Tantôt on le donne seul, en poudre, par paquets de 25 centigrammes ; tantôt on en fait des pilules. On peut l'associer, soit au carbonate de fer, soit à la poudre de colombo, ou de cannelle ; je fais assez souvent des paquets de 50 centigrammes, contenant de 20 à 25 centigrammes de seigle ergoté et 25 ou 30 centigrammes de l'une ou de l'autre des trois substances que je viens de vous indiquer, ou même de ces trois poudres mélangées à parties égales, et je donne de un à deux de ces paquets chaque jour. Je les fais continuer pendant huit ou dix jours, pour les interrompre pendant un temps égal, sauf à y revenir plus tard, ou à les remplacer par des pilules dont voici la composition :

Pr. :	Ergotine.....	.....	}	aa 5 grammes.
	Carbonate de fer.....	.....		
	Extrait gommeux d'opium.	25 centigrammes.		

Méiez : f. s. a. 50 pilules; en prendre 4 fois par jour.

L'ergot de seigle ou l'ergotine doivent toujours être suspendus lorsqu'après leur administration il survient des coliques un peu persistantes et douloureuses, dues aux contractions utérines sollicitées par le médicament, et qui ont pris alors plus d'intensité qu'il ne le faudrait. Il convient également d'en arrêter l'usage lorsque l'écoulement sanguin, qui se manifeste souvent pendant les jours qui suivent son administration, a complètement disparu ou notablement diminué.

g. De l'ergot de seigle il convient de rapprocher la digitale, s'il était bien démontré qu'elle a, comme l'ont pensé West et Howship Dickinson, une action analogue sur les fibres utérines, et que, comme lui, elle détermine leur contraction. Mais je vous ai dit n'avoir jamais pu constater cette action dans les circonstances extrêmement nombreuses où j'ai administré la digitale ; aussi est-ce seulement à titre d'hémostatique et en raison de son action spéciale sur la circulation générale que je la conserve, comme un des médicaments les plus précieux que nous ayons à notre disposition pour le traitement des affections utérines avec métrorrhagie.

*h.* Les alcalins ont, à titre d'altérants, leur place dans le traitement de la métrite chronique. On ne les emploie guère à l'intérieur que sous forme d'eaux minérales, prises à la source, et alors non seulement on associe toujours au traitement interne le traitement externe par les bains ou par les douches, mais même c'est ce dernier qui a la prééminence. Je dois vous dire, à ce sujet, que l'on se contente maintenant de faire boire quelques verres seulement d'eau de Vals ou de Vichy aux femmes que l'on envoie dans l'une ou l'autre de ces stations pour se traiter d'une métrite chronique ; c'est que l'on a reconnu l'inconvénient de l'abus excessif de ces eaux, qui se faisait autrefois, surtout dans une maladie qui, comme celle qui nous occupe, prédispose si manifestement à la chlorose et à l'anémie. On redoute, non sans raison, les suffusions séreuses, avec tous les accidents qui en sont la conséquence, et qui ne manquaient pas de se produire trop souvent lorsque les malades, abandonnées à elles-mêmes, ingéraient de dix à douze verres d'eau alcaline par jour. Ces excès thérapeutiques, en raison du danger auquel ils exposent, avaient aussi pour résultat de compromettre une médication utile et qui, bien dirigée, peut être d'un grand secours. Il en résulte peut-être que, prises à doses modérées, les eaux alcalines n'agissent plus à titre d'altérants ou de fondants, et qu'elles n'ont d'autre effet que de faire disparaître certains troubles digestifs chez les malades dyspeptiques ; mais c'est là, à mon sens, un progrès bien plutôt qu'un inconvénient, et il reste l'effet du bain, qui dans certains cas peut être fort efficace.

Le bain alcalin agit à la fois et comme bain tiède et en raison des principes médicamenteux qu'il renferme. Aussi, pour favoriser cette double action, y a-t-il avantage à mettre l'eau minérale en contact aussi direct que possible avec l'organe malade, et surtout avec une surface muqueuse, mieux disposée que la peau pour faciliter son absorption. C'est ce qui s'obtient en prolongeant le bain et en faisant pratiquer pendant sa durée, des irrigations vaginales avec l'eau contenue dans la baignoire. Ces irrigations se font facilement

au moyen d'un petit entonnoir, terminé par un tube en caoutchouc, auquel est adaptée une canule à injection ordinaire. La canule étant introduite dans le vagin et l'entonnoir fixé à une hauteur de 25 à 30 centimètres au-dessus de la baignoire, on y verse de l'eau du bain, qui, en raison de la différence de niveau, s'écoule naturellement, ce qui permet à la malade de se donner elle-même, sans le moindre effort, une irrigation aussi prolongée que le bain lui-même. Ce petit appareil, que Willemin a retrouvé dans un des établissements de bains de Vichy, où il était oublié, et qu'il a remis en honneur, nous rend tous les jours de très grands services. Les bains alcalins, ainsi administrés, n'ont une action véritablement efficace que dans les premières phases de la métrite chronique, ou plutôt où se fait la transition de la première à la seconde période. Il n'est pas indispensable qu'ils soient pris à la source même, et l'on se trouve tout aussi bien de bains simples additionnés de sous-carbonate de potasse ou de soude.

Les eaux chlorurées sodiques et, en particulier, les bains de sel marin, ou ceux qui sont composés avec des eaux mères contenant outre le chlorure de sodium, des bromures et des iodures, ont une action un peu plus énergique et conviennent surtout dans une phase plus avancée de la maladie. On doit les préférer aux bains simplement alcalins lorsqu'est arrivée la période d'induration, avec exubérance du tissu conjonctif et diminution du calibre des vaisseaux sanguins.

Les bains et les irrigations sans pression, dont je viens de parler, constituent le meilleur mode d'emploi de ces eaux, et il est fort rare que je les administre en douches, si ce n'est dans les cas où il faut obtenir une stimulation spéciale, pour laquelle l'eau froide ou les eaux sulfureuses me paraissent convenir davantage.

2. Le type de la médication altérante est certainement l'abstinence, la *cura famis*, que Valsalva avait introduite dans la pratique médicale pour le traitement de l'hypertrophie du cœur et des anévrysmes, que notre compatriote Aran a cru

devoir étendre au traitement de la métrite chronique : traitement rigoureux, dont la sévérité, poussé jusqu'à la barbarie, se comprend lorsqu'il s'agit simplement de la métrite chronique, qui, si elle constitue un état pénible pour les malades qui en sont affectées, ne compromet en aucune façon leur existence. Il est vrai que Aran avait un peu atténué les rigueurs de l'inanition prolongée à laquelle Valsalva soumettait ses malades ; ainsi il leur permettait un peu de viande grillée, et au lieu de les condamner à ne boire que de l'eau, il leur permettait de prendre un verre de vin de Bordeaux à chacun des repas qu'elles étaient autorisées à faire, moins pour s'alimenter que pour ne pas se laisser mourir complètement de faim.

On ne tarda pas à voir un amaigrissement notable se produire chez les malades soumises à un tel régime, et il y a lieu de penser que leur utérus, dont le volume a été augmenté par l'exubérance du tissu cellulaire, peut participer, dans une certaine mesure, à cet amaigrissement général. Toutefois il est permis de douter que ce travail de résorption, cette sorte d'autophagie puisse se faire sentir tout d'abord sur un organe dont la vitalité est, en temps ordinaire, aussi obscure que celle de l'utérus ; et tout porte, au contraire, à admettre que la diminution de volume de l'organe utérin succédera à l'émaciation générale au lieu de la précéder. C'est ce qui paraît être arrivé dans les cas observés par Aran, qui, tout en se montrant disposé à incliner vers ce mode de traitement, a cependant soin de nous prévenir qu'il le réserve exclusivement pour les femmes fortes, vigoureuses et douées d'un embonpoint exagéré. Mais, même dans ces cas choisis, et tout en acceptant comme bien établie la diminution de volume de l'utérus qu'il dit avoir constatée, on est encore en droit de se demander combien de temps cette diminution de volume s'est maintenue après le retour à une alimentation suffisante. Au surplus l'augmentation de volume de l'utérus est loin d'être toute la maladie, et c'est, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de vous le dire, se méprendre singulièrement que

de faire des dimensions de cet organe le critérium unique de l'action du traitement; car nous savons parfaitement que beaucoup de femmes conservent un utérus notablement tuméfié sans être sensiblement incommodées, tandis que d'autres sont épuisées par les douleurs et les écoulements résultant d'une métrite chronique qui a peu modifié les dimensions de leur matrice. D'un autre côté, il importe de savoir dans quel état se sont trouvées, après la cessation du traitement par l'abstinence, les malades qui y ont été soumises, et si la débilitation produite chez elles par ce régime n'est pas venue s'ajouter plus tard, d'une façon fâcheuse, à celle qui est habituellement la conséquence de la métrite chronique. Nous n'avons pas de renseignements à ce sujet, et comme ce que nous avons le plus à craindre, dans le cours de la métrite chronique, c'est l'épuisement des malades, l'émaciation, l'amaigrissement, l'altération des qualités du sang qui résultent des troubles apportés dans leur nutrition par le fait même de la maladie, je pense que, loin de nous croire autorisés à les soumettre au traitement par l'abstinence, nous devons, au contraire, essayer, par tous les moyens en notre pouvoir, de les reconforter et de les nourrir.—*Bulletin général de thérapeutique.*

(A continuer.)

---

### Crayon d'alun.

---

La "Gazette Hebdomadaire de Breslau", annonce que le crayon d'alun ou sulphate d'alumine pur, est employé par Magnus, au lieu du sulphate de cuivre, dans les conjonctivites granulaires et chroniques. Il est moins douloureux et les résultats sont peut être plus durables. Frankel a étendu son emploi avec satisfaction aux maladies des femmes. Il se dissout rapidement dans l'utérus, et n'a pas l'inconvénient de causer des coliques utérines. Il rend aussi de bons services dans les abcès scrofuleux des glandes.

## Des rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général.

(Suite.)

### III. RAPPORTS AVEC LES VOIES URINAIRES.

Parmi les nombreuses maladies des reins, il y a surtout cette complication des procédés pathologiques que l'on connaît sous le nom de "maladie de Bright," qui influence la vue de plusieurs manières.

Les données chimiques et physiques qui lient les symptômes des yeux aux affections des reins, sont l'appauvrissement du sang, survenant par la perte continuelle de l'albumine, par la stagnation de l'urée, et par l'hypertrophie du ventricule gauche, qui est souvent le résultat de la maladie des reins.

Une diminution de la puissance d'accommodation dans les yeux de patients affectés d'albuminurie de longue durée, s'observe aussi fréquemment dans diverses autres maladies chroniques qui troublent la santé générale des malades. Le diagnostic de ces cas est facile, et des verres convexes convenables rendent immédiatement la vision distincte.

Les observations récemment faites par Moritz Heymann, de Dresde, sur l'importance des examens ophtalmoscopiques, ont grandement ajouté à la réputation de cet instrument. Il a démontré que, par son usage, on pouvait très souvent reconnaître une maladie des reins, qui, jusqu'alors, avait été inaperçue. L'œil présente le type de la dégénération graisseuse et la sclérose de la cornée. Dans les cas de maladie de Bright, on voit facilement sur la rétine des taches blanchâtres comme de la cire avec ou sans extravasations, et quelquefois le nerf optique présente l'apparence caractéristique de l'engorgement de la papille. On trouve le plus souvent ces changements dans la rétine dans les cas d'atrophie des reins, de même que dans la néphrite aiguë à la suite de fièvre scarlatine ; ce qui a lieu aussi dans les cas de gonflement inflammatoire chronique des reins, et, quelquefois, quoique rarement,



dans la dégénération amyloïde des reins, et chez les femmes atteintes d'éclampsie durant le travail, et dont l'urine a contenu de l'albumine durant plusieurs mois depuis leur accouchement. Dans ces cas se rencontrent les symptômes caractéristiques de ce qu'on appelle "rétinite albuminurique."

Nous ne connaissons pas encore avec certitude les liens qui existent entre les affections des reins et celles de la rétine. La théorie de Traube, que la rétinite résulte d'un accroît de tension des artères, ne peut être acceptée vû quelques cas où la maladie de Bright et la rétinite étaient présentes, mais où l'hypertrophie du cœur faisait défaut.

On doit considérer le changement de composition du sang, ainsi que dans l'anémie pernicieuse, l'hématémèse, et la leukemie, comme la cause principale des changements pathologique de la rétine, quoique l'hypertrophie du cœur soit très souvent la cause d'extravasation. Il est nécessaire de mentionner que les parois des vaisseaux sanguins de la rétine dans ces cas sont souvent dans un état d'infiltration sclérotique, ou d'une dégénérescence graisseuse. En résumé, la rétinite albuminurique n'est pas une complication très fréquente des maladies des reins, et les exceptions ne montent probablement pas à plus de six à sept cas. Son apparition indique en général un pronostic défavorable pour la vie du malade; le plus grand nombre meurt généralement avant qu'un changement survienne dans les exudations graisseuses de la rétine.

Il est nécessaire de distinguer avec soin les troubles de la vision considérables quoique toujours partiels, que produit la rétinité albuminurique et la perte de la vue produite par l'amaurose; dans cette dernière il se développe bientôt une cécité complète ou presque complète. De huit à vingt-quatre heures, les deux yeux deviennent affectés, et des symptômes cérébraux sérieux se présentent invariablement; un mal de tête atroce, des vomissements et des convulsions suivent ou précèdent le début de la cécité; les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus à la lumière, ou bien elles offrent quelque

réaction, malgré le manque absolu de perception de la lumière. Des malades ont souvent été examinés avec l'ophthalmoscope durant ces attaques, mais en règle générale, on n'a trouvé aucune trace d'anomalie dans le fond de l'œil. La cécité dure rarement plus de douze à vingt-quatre heures après l'attaque ; la vision revient alors promptement, et en deux ou trois jours le pouvoir visuel est tout à fait rétabli. L'amaurose urémique peut se rencontrer en même temps que la rétinite albuminurique dont les attaques peuvent se passer en partie et revenir, après des semaines ou des mois, pendant que la rétinite albuminurique poursuit son cours sans changement. L'amaurose urémique survient plus souvent dans le néphrite croupale aigue surtout dans la scarlatine, que dans les cas d'atrophie des reins ; on l'a aussi observé dans l'hypertrophie inflammatoire chronique, mais jamais dans le cas de dégénérescence amyloïde des reins.

La cécité subite qu'on observe durant la grossesse ou après la délivrance, avec ou sans éclampsie, et avec urine albumineuse est aussi causée par l'amaurose urémique ; ces derniers cas sont beaucoup plus rares que ceux de rétinite albuminurique. V. Graefe rapporte que sur trente-deux cas d'amblyopie avec albuminurie il en a trouvé trente avec les changements rétiniens caractéristiques ; chez deux de ces cas il n'y avait aucun changement mais les symptômes urémiques étaient fortement dessinés cependant la proportion de 1 à 15 paraît trop élevée.

On ne comprend pas encore tout-à-fait les changements dans le cerveau produisant la cécité ; nous sommes cependant justifiables de supposer que, ce qui produit les convulsions urémiques, savoir : l'urée et le produit de sa décomposition, le carbonate d'ammoniaque, qui cause l'empoisonnement du système nerveux central, par son absorption dans le sang, en même temps que d'autres symptômes urémiques produit l'amaurose. Traube, d'un autre côté, est d'opinion que, vu l'influence de l'accroît de tension dans le système artériel qui existe toujours dans ces cas, aussi bien que l'état aqueux du

sang, il survient dans la cavité crânienne des exudations aqueuses abondantes qui produisent l'anémie du cerveau, et que ceci en développant promptement l'anémie cérébrale se manifeste par des convulsions.

#### IV. RAPPORTS AVEC LES ORGANES SEXUELS.

Foerster fut le premier à décrire, sous le nom de *Kopiopie hystérique*, quelques troubles de l'œil dûs à des changements anatomiques ; d'abord, dans le périmètre, ou le tissu cellulaire qui entoure l'utérus, et qui est abondamment fourni de nerfs ; et, secondairement, dans l'utérus. On doit considérer ces états malades comme l'hyperesthésie réflexe de la cinquième paire et du nerf optique. Les principaux symptômes sont les sensations les plus variées dans et autour de l'œil souvent accrues par l'usage de la vision, ou par une lumière vive, mais perçues en outre quand l'œil est au repos ; la douleur ne ressemble pas à la névralgie supraorbitaire ou ciliaire. L'examen local de l'œil révèle ordinairement un état normal.

L'hyperesthésie, cependant, n'affecte pas seulement la cinquième paire, mais aussi la seconde paire sensitive de l'œil, le nerf optique, et se caractérise par une espèce de photophobie, ou de sensibilité à la vivacité de la lumière. Les malades ont des jours bons et mauvais, et font des plaintes généralement exagérées, qui changent constamment. Les symptômes augmentent d'intensité avant ou pendant la menstruation. La réaction des pupilles et l'acuité de la vision sont presque toujours normales. On rencontre principalement ces symptômes nerveux désignés sous le nom d'hystérie ; cependant, dans des cas assez rares, ils peuvent manquer tout-à-fait.

Cet ensemble de symptômes, qui est très caractéristique en tant qu'il se rapporte à l'œil, se joint toujours à une inflammation chronique particulière du tissu cellulaire qui entoure l'utérus, que le professeur Freund, de Breslau, a le premier reconnu et désigné sous le nom de *périmétrite atrophique*. Quoique la *kopiopie hystérique* doive être considérée comme particulière au sexe féminin, on a aussi observé un petit

nombre de faits semblables chez l'homme, et il est probable que leur base pathologico-anatomique est un défaut de l'énergie sexuelle ; mais on ne s'est pas encore tout-à-fait rendu compte de ce sujet. La kopiiopie hystérique *est incurable*. La maladie, cependant, finit toujours par disparaître, bien que dans certains cas après plusieurs années de souffrances.

Foerster recommande comme remède à la douleur et à la photophobie 2-0 de castoréum du Canada et 4-0 d'extrait de valériane. En prenant cette quantité durant quatre jours, on éprouve généralement du soulagement pendant plusieurs semaines. On peut aussi employer l'acétate de zinc. Les narcotiques, la quinine, les douches oculaires froides sont inefficaces. Il ne faut pas renfermer une malade dans une chambre tout-à-fait obscure. On peut permettre l'emploi de verres fumés. Le traitement de la périmérite chronique, maladie fondamentale dans ces cas est très difficile ; avec la ménopause et les progrès de l'âge, les symptômes qui se rapportent à l'hyperesthésie du nerf optique et de la cinquième paire disparaissent entièrement en général. Le fait que la maladie de Baselow est en relation intime avec les affections des organes sexuels, a clairement été démontré par Freund, ainsi que par d'autres observations cliniques. Freund a rencontré dix ou douze cas de périmérite chronique.

Il faut aussi mentionner l'exophtalmie qui caractérise la maladie de Baselow. Becker, d'Heidelberg, a attiré l'attention sur ce point que le calibre des artères rétiniennes est considérablement augmenté dans cette affection, et qu'elles présentent des pulsations ; on peut attribuer ces symptômes à l'augmentation de l'action du cœur.

Quant à la relation entre les troubles de l'appareil sexuel et la neuro-rétinite, l'atrophie du nerf optique, l'amaurose, on ne connaît rien de plus que le fait existe ; il paraît probable qu'en conséquence d'anomalies de la menstruation et d'évolution prématurée de l'utérus, il se développe quelquefois de l'hyperémie, l'inflammation subséquente et l'atrophie du nerf optique ; et il est bien connu que, sur la majorité des femmes

affectées l'hypertrophie du nerf optique, un nombre comparativement considérable est celles qui ont été stériles, ou qui le sont devenues prématurément.

On a fait mention de la rétinite albuminurique et de l'amaurose urémique qui surviennent durant la grossesse. Il n'y a qu'un seul cas rapporté sans examen ophthalmoscopique d'une femme qui, à trois reprises consécutives durant la lactation, devint amblyopique, et qui guérit. Hutchison a remarqué la faiblesse d'accommodation durant la lactation. On a observé beaucoup plus fréquemment, que les femmes faibles qui nourrissent leur enfant trop longtemps, souffrent souvent d'inflammation catarrhale et phlycténulaire de la conjonctive, et de kératite superficielle et d'iritis.

On prétend que la masturbation produit l'amblyopie en de rares circonstances ; elle rend aussi très difficile et prolongé le traitement de simples troubles de la conjonctive, qui guérissent en général rapidement chez les jeunes sujets.—*Pac. Med. Journal.*

(A continuer.)

---

### Ovariectomies.

---

Nous voyons par le numéro de Novembre 1879 du " *Med. Rec. de Berlin* ", un rapport de cinquante ovariectomies, faites par Schroeder, avec quarante-sept guérisons.

Toutes ces opérations ont été pratiquées dans l'hôpital, et l'on a employé invariablement la méthode antiseptique de Lister.

Deux des patientes guéries étaient enceintes. En de telles circonstances, l'éminent chirurgien recommande d'opérer durant les premiers mois afin d'éviter à la femme le danger qui résulterait de la coexistence d'une tumeur ovarienne et d'une grossesse.

---

## LA STRYCHNINE ET LE CERVEAU.

## I

Les effets de la Strychnine sur le système nerveux.

Par ED. SPITZKA.

*Journal of Nervous and mental disease.* (April 1879).

---

10. La Strychnine est un poison pour toutes les formes de la vie animale.

20. La Strychnine exerce son influence sur les animaux en affectant l'appareil nerveux central et le système vaso-moteur, mais elle peut avoir une influence néfaste sur des formes animales ne possédant ni l'un ni l'autre de ces systèmes, et doit être considérée comme portant la mort sur tous les tissus complexes (complex).

30. La Strychnine agit sur la substance grise, sur toute la substance grise de même ordre et affecte en même temps ses éléments sensibles et ses éléments moteurs.

40. La substance blanche nerveuse et les nerfs périphériques ne jouent que le rôle passif de conducteurs.

50. La Strychnine n'attaque pas directement les nerfs et les muscles.

60. Elle attaque localement les terminaisons périphériques des organes des sens spéciaux.

70. La Strychnine produit des convulsions toniques chez tous les vertébrés.

80. Chez les vertébrés supérieurs, il y a de plus des spasmes cloniques.

90. La différence entre les vertébrés supérieurs et inférieurs à cet égard est probablement due à la différence du système nerveux.

100. Les spasmes cloniques sont plus intenses, toutes choses égales, chez les petits que chez les grands animaux.

110. Chez les animaux supérieurs les spasmes sont dus à l'action de l'alcaloïde sur les parties centrales du système nerveux : la protubérance, le bulbe et la moelle.

120. Le maximum de l'influence tétanisante est à l'intérieur du crâne et delà va en diminuant vers l'extrémité postérieure du cordon médullaire.

13. La Strychnine tue les vertébrés inférieurs directement par épuisement nerveux ; les supérieurs, comme c'est la règle par asphyxie et congestion nerveuse du système nerveux survenant comme complications. A très fortes doses elle tue par action directe sur les tissus nerveux.

140. Son effet vaso-moteur est d'accroître la pression sanguine et la rapidité du courant sanguin par la constriction des vaisseaux artériels. Cet effet est indépendant du système nerveux central.

150. Son effet sur le cœur est d'augmenter la systole et de prolonger la diastole ; le cœur peut cesser d'agir par rigidité tétanique. Ces effets sont produits d'abord par l'action de l'alcaloïde sur les ganglions du cœur, puis par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique.

160. A hautes doses des convulsions épileptiformes (d'origine corticale) sont vraisemblablement produites.

170. *La Strychnine se retrouve dans tous les organes du corps après son administration ; on la trouve dans toutes les parties du cerveau, de la moëlle et des nerfs.*

180. Elle est en plus grande quantité dans la substance grise que dans la substance blanche.

190. Elle ne produit pas de changements visibles dans les fibres ou dans les cellules nerveuses, qu'elle soit donnée pendant un temps long ou court.

200. Les lésions trouvées après la mort par la strychnine, ne sont pas dues à son effet direct local, mais à des troubles secondaires.

210. Des lésions chroniques permanentes sont produites dans le cours du tétanos strychnique chronique, qu'on doit aussi rapporter à des influences secondaires.

220. Il n'y a pas de vrai antidote de la strychnine, quoique divers agents qui diminuent l'excitabilité réflexe et paralysent les muscles ou modifient le tonus des fibres nerveuses,

puissent aider un animal à survivre aux effets de doses d'ailleurs fatales. Mais les moyens échouent avec des doses plus élevées.

230. La strychnine augmente l'excitabilité réflexe, mais tous les spasmes strychniques ne sont pas dus à ce facteur : quelques-uns dépendent de l'irritabilité directe des cellules motrices.

240. Comme par d'autres agents toxiques irritants, les effets mortels sont précédés d'une période d'excitation fonctionnelle.

## II

### Recherche de la Strychnine dans le Cerveau.

Par MM. H. LAJOUX ET A. GRANDVAL, de Reims (1). —

D'après Husemann et Dragendorff, dans les empoisonnements par la strychnine, c'est principalement sur le foie que doivent porter les investigations des chimistes.

Dragendorff déclare n'avoir jamais réussi à isoler cet alcaloïde du cerveau, en opérant même sur cet organe tout entier. Cet auteur ajoute que Gay a pu l'isoler de quelques parties spéciales du système nerveux, comme la moelle allongée, le pont de Varole, et que lui-même a pu le déceler dans la moelle allongée d'hommes et d'animaux empoisonnés.

On voit donc que la localisation de ce poison par le cerveau lui même n'est pas admise par tous les toxicologistes.

Nous fûmes assez heureux pour résoudre d'une façon positive cette question douteuse en recherchant la strychnine dans les organes d'un individu auquel on avait administré deux injections hypodermiques de teinture de noix vomique et, environ, d'après les calculs, 0 gr. 625 par la bouche.

La densité de l'alcool à 80 qui sert à préparer la teinture de noix vomique, est de 0,864 ; la capacité de la seringue de Pravaz étant de 1 centimètre cube, le poids de teinture injectée est donc de  $2 \times 0 \text{ gr. } 864 = 1 \text{ gr. } 728$ . Le malade a

(1) Note présentée à la Société de pharmacie de Paris.



donc absorbé, en tout, 1 gr. 728 + 0 gr. 625 = 2 gr. 353 de teinture, *au maximum*. Cette teinture, dont nous possédions encore quelques grammes, nous a fourni une quantité d'extrait correspondant à 261 pour 100 ; ce qui fait, pour 2 gr. 353, 0 gr. 03 d'extrait. Ce poids d'extrait correspond à 0 gr. 30 de noix vomique, puisqu'elle en fournit environ 10 pour 100. Dragendorff a trouvé que la noix vomique contient, au plus, 1,107 pour 100 de strychnine, ce qui fait, pour 0 gr. 30, 0 gr. 0035 de cet alcaloïde.

Nous avons donc à mettre en évidence une bien faible quantité de substance ; nous sommes cependant parvenus de la façon la plus nette, à le déceler dans le cerveau, et encore n'avons nous opéré que sur une fraction de cet organe, séparé préalablement du cervelet.

Nous avons pris 410 grammes du cerveau coupés en petits morceaux, que nous avons délayé dans l'alcool à 95° additionné d'un léger excès d'acide tartrique. Nous avons fait digérer ce mélange au bain-marie, à la température de 80° environ, pendant trois heures ; au bout de ce temps, nous avons exprimé à travers un linge. Nous avons délayé de nouveau les matières exprimées dans l'alcool à 95°, et, après une nouvelle macération de deux heures, nous avons exprimé de nouveau ; après un troisième traitement à l'alcool, nous avons réuni les liqueurs refroidies ; nous les avons filtrées pour séparer la graisse qui s'était déposée, puis nous les avons évaporées au bain-marie, de façon à chasser tout l'alcool. Le résidu aqueux a été filtré sur un papier Berzélius mouillé, pour retenir les matières grasses. Le liquide obtenu fut ensuite épuisé par l'éther pur, qui ne dissout pas le tartrate de strychnine, mais qui élimine les matières grasses et colorantes, puis additionné d'ammoniaque et agité avec du chloroforme, selon le procédé Rodgers et Girwood ; le résidu de l'évaporation du chloroforme, fortement coloré, fut traité par l'acide sulfurique concentré, qui ne détruit pas la strychnine, mais qui charbonne les matières grasses et extractives. Après trois traitements semblables par le chloroforme et l'acide sulfurique,

nous avons obtenu un très faible résidu incolore qui nous a donné les réactions suivantes :

a) Saveur amère prononcée, se produisant instantanément ;  
b) Une petite quantité du résidu, dissoute dans l'acide sulfurique, étendue et traitée par le réactif Valser (2 HgI, KI) donne un précipité floconneux, blanc-jaunâtre, très net, ce qui indique la présence d'un alcaloïde.

c) Une autre partie, traitée par l'acide sulfurique étendu, dans un verre de montre, et additionnée d'une goutte d'une solution de bichromate de potasse au 1/10, produit un trouble ; après repos on trouve au fond du verre de montre, après décantation de la liqueur surnageante, un précipité jaune et cristallin que l'on peut attribuer au chromate de strychnine.

d) Ce précipité, lavé avec quelques gouttes d'eau distillée, fut touché avec un agitateur trempé dans l'acide sulfurique concentré. En opérant ainsi, nous avons obtenu une coloration bleue tranchée, faisant bientôt place à une coloration violette, puis rose et enfin vert-jaunâtre.

Ces caractères obtenus de la façon la plus nette, sont ceux de la strychnine.—*Union Médical du Nord-Est.*

---

### Origine des globules rouges du sang.

---

Un entrefilet publié dans le *Canada journal of Medical Science* mentionne une découverte du Dr. Richard Norris, de Birmingham, Angleterre, qui, si elle est confirmée, fixera définitivement un point important et très contesté de physiologie. Il prétend avoir découvert dans le sang, et en grand nombre, des globules incolores qui ne deviennent visibles que par certaines manipulations, et qui sont réellement des globules du chyle, qui ensuite se colorent graduellement et se transforment en globules rouges ordinaires.—*Pacific Med. et Surg. Journal.*

Le Dr Richard Norris, physiologiste anglais, donna récem-

ment une lecture devant la Société philosophique de Birmingham, sur un nouvel élément corpusculaire du sang.

Il prétend que le sang normal des mammifères contient une proportion considérable de corpuscules incolores, identiques sous tous rapports aux corpuscules rouges du sang, si ce n'est l'absence de couleur.

Ces corps sont invisibles dans le plasma du sang vu qu'ils possèdent le même index de réfraction. Pour les rendre visibles, le Professeur Norris soutire le liquide ou change sa densité en y ajoutant une solution saturée de sel commun. Il appuie de ses observations la théorie qui veut que ces disques incolores soient un état de transition des corpuscules rouges du sang qui ne sont pas encore fourni d'hémoglobine, et qu'ils doivent leur origine aux corpuscules de la lymphe, qui prennent la forme biconcave après leur introduction dans le sang.

Le *Medical Record* de Londres, 15 Janv. 1880, contient une critique des recherches du Dr Norris, par M. Ernest Hart. La répétition des mêmes expériences donne les mêmes résultats, mais ceci serait dû à la manière de soutirer le liquide.

Les corpuscules incolores du Dr Norris seraient des globules rouges dont l'hémoglobine aurait été enlevée par la pression du verre, ou par l'action de la solution saline.

Les disques incolores, qui existent naturellement dans le sang ne serait pas un état primitif mais définitif du corpuscule rouge, en subissant les changements *post-mortem*, avant de prendre part à la formation de la fibrine. On nous promet de nouvelles observations sur ce sujet.—*The Proceedings*.

---

#### Suavité de la quinine.

---

On prétend que le blanc d'œuf détruit l'amertume de la quinine, et la rend agréable au goût.—*Medical Brief*.

---

## De quelques faits relatifs aux contractures.

Note de MM. BRISSAUD et CH. RICHEL,

On peut, avec la plupart des médecins, définir la contracture en un raccourcissement plus ou moins durable du muscle, lequel ne peut plus alors être relâché par l'influence de la volonté. Grâce à la bienveillance de M. le professeur Charcot, nous avons pu étudier quelques variétés de contractures. Nous donnerons rapidement ici le résumé de nos observations et de nos expériences.

1. On peut, chez les hystéro-épileptiques, provoquer la contracture d'un muscle par la tension ou la forte contraction de ce muscle. Ainsi, toutes les fois qu'une de ces malades fait exécuter à un de ses muscles une contraction suffisamment énergique, ce muscle reste en état de contracture.

Cette contracture peut s'observer sur divers muscles. C'est sur le triceps brachial qu'elle se produit le plus facilement, mais nous avons pu aussi l'observer sur le biceps brachial, les fléchisseurs des doigts, les extenseurs des doigts, le deltoïde, les muscles de l'éminence thénar, le sternomastoïdien, l'orbiculaire des paupières, les péroniers, le soléaire. Il est probable qu'on pourrait la produire sur tous les autres muscles.

Naturellement ces phénomènes ne se présentent pas avec la même facilité chez toutes les hystériques ; il sont d'autant plus manifestes que l'état de mal hystérique est plus prononcé. A mesure que les attaques hystéro-épileptiques deviennent moins fréquentes, cette aptitude à la contracture va en diminuant.

2. En inscrivant par la méthode graphique les secousses musculaires provoquées par l'électricité, lorsque le muscle est tantôt dans son état normal, tantôt en contracture, on voit que le muscle contracturé est encore capable de donner des secousses musculaires. Ce fait démontre que l'état de contracture est pour le muscle un état intermédiaire entre le tétanos physiologique maximum et le relâchement.

Il nous a été démontré par des explorations précises que le muscle, soit lorsqu'il est cataleptique, soit lorsqu'il est contracturé, est à peu près aussi excitable à l'électricité que lorsqu'il est relâché et dans son état normal.

Pour faire cesser la contracture, il suffit d'exciter les muscles de la région antagoniste, ainsi que l'a indiqué M. Charcot. Nous avons pu constater ce fait nouveau, qu'il suffit, pour que le muscle se relâche, d'exciter, en le frottant avec la main, le tendon du muscle contracturé, en même temps que l'on essaye d'allonger le muscle. Il semble donc qu'il y ait entre la masse charnue d'un muscle et son tendon un antagonisme tel, que l'excitation du muscle produit la contracture et l'excitation du tendon le relâchement.

3. Il est vraisemblable que cette contracture est une contracture réflexe, de même que le tonus musculaire est une action réflexe partant du muscle et y retournant. On peut donc admettre que la contracture d'un muscle est due à l'excitation des nerfs centripètes de ce muscle, excitation provoquée soit par la contraction, soit par la tension musculaire.

Une expérience très-simple vient prouver qu'il en est ainsi.

Si l'on anémie complètement un membre en appliquant méthodiquement autour de ce membre la bande de caoutchouc, au bout d'un temps assez variable (vingt à trente minutes environ), les muscles, étant privés de sang, ne pourront plus se mouvoir sans l'influence de la volonté, et au bout d'une heure et demie environ l'excitabilité du muscle à l'électricité aura tout à fait disparu. Mais la contracture disparaît plus rapidement : en effet, si l'on applique la bande de caoutchouc autour du bras contracturé, on voit, au bout de cinq à six minutes à peine, la contracture cesser complètement, alors cependant que les mouvements volontaires sont conservés et que l'excitation du muscle à l'électricité n'a pas varié d'une manière sensible. C'est donc l'électricité du muscle à la contracture qui, sous l'influence de l'anémie, disparaît en premier lieu.

Si alors on enlève la bande du muscle ainsi relâché, aussi-

tôt, en même temps que le sang dans le muscles, la contracture reviendra, avec autant, sinon plus de force, qu'auparavant.

Il y avait donc dans le muscle relâché une véritable *contracture latente*. Quelle que soit l'apparence paradoxale de cette expression, nous pensons qu'elle indique assez exactement ce fait que le muscle était fortement excité par le nerf moteur et la moelle, et que, s'il ne répondait pas par une contracture à cette excitation, c'est qu'étant privé de sang il ne pouvait plus se contracter. On peut donc dire que ce muscle anémié et ne répondant pas à l'excitation névro-médullaire était en contracture latente.

4. Sur une des malades de M. Charcot, la contracture était très-faible, mais la moindre contraction musculaire la provoquait immédiatement. Sans insister sur les détails de ce phénomène, nous ferons remarquer que cette forme de la contracture se rapproche beaucoup de la catalepsie et qu'elle établit une transition entre la catalepsie proprement dite (*flexibilitas cerea*) et la contracture.

Enfin, nous avons observé un jeune homme de vingt-deux ans (qui n'est ni hystérique, ni épileptique) et chez qui on peut facilement provoquer la contracture (qu'il appelle une crampe) en tendant ses muscles ou en lui disant de les contracter fortement.

5. Pour rappeler que ces contractures, en quelque sorte dynamiques, ont leur point de départ et leur point de retour dans le muscle, nous proposons de les appeler contractures *myo-réflexes*.

En les comparant, suivant la méthode fréquemment employée par M. Charcot, aux contractures organiques de l'hémiplégie, on constate que les unes et les autres se présentent avec le même appareil symptomatique et que les unes et les autres ont pour cause commune une plus grande excitabilité des régions motrices de la moelle.

Enfin, il résulte de l'ensemble des faits qui précèdent qu'entre le tonus normal, la catalepsie, la crampe vulgaire, la con-

tracture myo-réflexe et la contracture des hémiplegiques, il y a de très-étroits rapports. Il est probable que, si l'attention des médecins est fixée sur ce point, ils observeront toutes les formes de transition entre ces divers états (1).

*Gazette Médicale.*

(A continuer.)

---

### BIBLIOGRAPHIE.

---

REYNOLDS'S SYSTEM OF MEDICINE. Edited by J. RUSSELL REYNOLDS, M.D., Professor of the principles and Practice of medicine in University College, London. With notes and additions by HENRY HARTSHORNE, M.D. Late Professor of Hygiene in the University of Pennsylvania.

Cet ouvrage forme trois forts volumes 1-3 de plus de 1000 pages chacun. Nous en avons reçu le premier volume tout récemment.

Ce premier volume, qui est divisé en deux parties, renferme l'étude des maladies générales et une classe des maladies locales : les maladies du système nerveux.

L'auteur divise la première partie de ce volume en deux sections :

Dans la première, il donne les maladies qui sont déterminées par des causes externes.

La deuxième section comprend les maladies dont la cause morbide est interne.

La deuxième partie renferme la description des maladies du système nerveux, lesquelles sont divisées en deux sections : Celles qui affectent tout l'organisme et auxquelles on ne peut déterminer de siège particulier forment la première section. La deuxième, les maladies qui affectent un point particulier du système tout en agissant sur les autres parties par les relations qui existent entre elles.

Cette section est divisée en trois portions : 1<sup>o</sup>. Les maladies

---

(1) Ce travail a été fait au laboratoire de Physiologie pathologique de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière.

de la tête qui comprennent celles des méninges et celles de la substance cérébrale elle-même. 2o. Les maladies de la colonne vertébrale. 3o. Enfin, les maladies qui n'affectent que les nerfs. Cette division en rend l'étude facile.

Cet ouvrage est une heureuse compilation de travaux spéciaux par les médecins les plus recommandables d'Angleterre. Il est donc plus adapté aux besoins de la profession médicale en Canada, surtout vû les remarques si judicieuses de Henry Harthshorne, M.D., de Philadelphie, que l'Encyclopédie de Ziemmsen.

L'excellence de cet ouvrage le recommande spécialement à la profession médicale.

---

#### Augmentation du nombre de lunatiques dans la Grande-Bretagne.

---

D'après le rapport des commissaires nommés pour visiter les *asiles* d'aliénés dans le Royaume Uni de la Grande-Bretagne, il paraîtrait que le nombre a augmenté considérablement depuis ces dernières années. Au 1er Janvier 1880 le nombre de personnes atteints d'affections mentales et qui se sont fait enregistrer dans les différents asiles de l'Angleterre et du *Pays de Galles* s'élevait à 69,883, dont 7,778 étaient considérés "comme des citoyens privés," et 62,108, comme des mendiants. Il y a cinquante ans le chiffre ne s'élevait qu'à 35,762, et il n'y a que dix ans ils atteignaient le chiffre énorme de 53, 277, Cependant l'augmentation des personnes atteintes d'*aliénation mentale* est beaucoup plus considérable chez les *personnes pauvres* que chez celles qui ont une certaine aisance. La proportion étant de 53 pour les premières et 23, 6 par cent pour les dernières.

La seule chose nécessaire à considérer est celle-ci ; c'est que malgré que le nombre de *lunatiques* pris parmi la classe indigente aille toujours en augmentant d'année en année, nous n'avons considéré aucune augmentation depuis quatre années chez les personnes possédant certains moyens d'existence.—*Sanitarian*.



### Nécrologie.

---

Un médecin qui a rendu les plus grands services à l'enseignement de l'anatomie, le Dr Louis Auzoux, vient de mourir à Paris. Né en 1797 à Saint-Aubin d'Ecroville (Eure) le Dr Auzoux se préoccupa presque exclusivement de la recherche de moyens propres à faciliter l'étude de l'anatomie. Il composa une pâte susceptible de prendre les empreintes les plus délicates et d'acquérir par la dessiccation une grande solidité; il en composa des pièces anatomiques artificielles, imitant la nature dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur. Les modèles, ainsi obtenus sont formés d'éléments séparés pouvant se monter ou se séparer à volonté. Dès 1822, l'Académie de Médecine et l'Institut accordèrent un de leurs prix annuels à M. Auzoux. A toutes les Expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or.

On doit, en outre, au Dr Auzoux de nombreux ouvrages sur les sciences médicales, tels que les *Considérations générales sur l'anatomie*, un *Memoire sur le choléra*, un *Tableau de la situation physique des ouvriers*.—*Gazette Médicale*.

---

### Dispensaire de la Providence.

---

M. Le Dr. J. A. LeBlanc a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois de Mars 1880.

Le total des ordonnances a été de 2387, et celui des visites à domicile de 310.

M. le Dr F. X. Trudel est chargé du service pour le mois d'Avril.