

## 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.

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     | Pagination continue.  |

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

Lecture sur les différentes variétés de la Phthisie.

Par ANDREW CLARK, F. R. C. P. de Londres, Angleterre,  
Doyen des Médecins de l'Hôpital de Londres.

Donné à Montréal, dans la salle de la Société d'Histoire Naturelle, le  
5 Décembre 1878. [Traduit du *Canada Medical Record*].

---

M. LE PRÉSIDENT ET MESSIEURS,—Lorsque j'ai exprimé le désir d'exposer devant vous ces planches et de vous faire connaître en quelques mots mon opinion sur les différentes variétés de la Phthisie, je n'avais pas la prétention d'offrir du nouveau à une assemblée dont plusieurs membres, dans une ville de progrès comme celle-ci, ont contribué avec distinction et contribuent encore à l'avancement de la science. Cependant permettez-moi de vous faire voir ces dessins et de vous exposer sur la phthisie mes vues qui sont le fruit de plusieurs années d'étude. J'ai désiré faire cette démarche afin d'avoir le bénéfice d'une bienveillante critique, et de voir par là jusqu'à quel point votre expérience approuve mes propres observations. Ce n'est pas mon intention d'entrer dans une revue critique ou historique des différentes théories qui ont été émises touchant cette maladie. Je vais entrer immédiatement dans le sujet, et m'efforcer de vous soumettre brièvement les conclusions auxquelles j'en suis venu.

Par phthisie j'entends "la destruction ulcérative ou suppurative de dépôts chroniques, mais non de nature maligne, plus ou moins circonscrits, dans les poumons." Cette définition n'est pas facile, elle est pratique et de plus elle a le mérite (chose que j'aimerais à trouver dans toutes les définitions médicales), de ne comprendre aucune hypothèse, et quelle que soit notre manière de voir sur la Phthisie, nous pouvons en conserver la dénomination Phthisie bien que nos idées puissent varier. Cette définition exclut la tuberculose aiguë, maladie bien connue.

La principale chose que j'aie à dire de cette maladie avant de passer outre, c'est qu'elle n'a aucune relation spéciale avec

la phthisie. Dans les symptômes, dans les phénomènes qui accompagnent sa marche, dans l'anatomie pathologique que nous trouvons après la mort, dans l'état des organes pendant la vie, ce mal exhibe presque tous les caractères d'une maladie zymotique.

Je regarde réellement la tuberculose aiguë comme une sorte de fièvre dont une des expressions anatomiques est ce petit corps que nous appelons tubercule. J'en appelle aux personnes d'expérience, et à tous ceux qui ont eu l'opportunité, assez rarement offerte, d'examiner un certain nombre de cas de tuberculose aiguë. Je suis certain qu'ils seront comme moi d'opinion que cette maladie se change rarement en phthisie ou en aucune autre maladie pouvant entrer dans les termes de la définition que j'ai donnée.

La phthisie aiguë primitive commence souvent, soit chez les enfants ou chez les adultes en parfaite santé apparente, accompagnée d'une fièvre irrégulière avec une espèce de bronchite capillaire, et se termine par la mort, généralement, dans l'espace de trois à six semaines. Lorsqu'après la mort, le corps est examiné, on y trouve difficilement aucune destruction ulcéralive ou suppurative. Je termine ici mes remarques sur la phthisie aiguë.

Il n'est pas hors de propos d'ajouter, qu'ayant pratiqué en même temps que Villemin, des expériences par *inoculation*, et ayant essayé également d'autres méthodes pour produire la tuberculose, j'en suis venu à la conclusion, et je l'ai souvent constatée depuis, que la maladie produite par l'inoculation, n'est pas une véritable phthisie.

Dans toutes mes expériences sur les animaux, j'ai trouvé que le prétendu tubercule produit, disparaissait invariablement, et avec lui disparaissait la maladie quelle qu'elle fut ; de plus cette maladie, excepté au début, n'était jamais accompagnée de fièvre. En inoculant un animal avec une matière caséuse ou toute autre matière, cette inoculation est suivie d'une éruption de dépôts par tout le corps, ces dépôts ne paraissent pas affecter l'animal, et ils disparaissent dans l'espace de cinq à six semaines, laissant l'animal aussi bien portant qu'avant, vous vous accorderez avec moi pour dire que ceci ne peut pas être appelé une tuberculose aiguë dans le même sens que l'autre maladie dont les progrès sont rapides et qui est toujours fatale.

Si nous passons maintenant à ce qu'on appelle la véritable phthisie, et que nous examinions les poumons de personnes mortes de cette maladie, nous pouvons sans crainte classer ces poumons en trois groupes.

Dans le premier groupe nous trouverons que l'élément destructeur prédominant est le tubercule et ses conséquences secondaires; dans le second groupe, l'élément anatomique prédominant est la pneumonie et ses conséquences secondaires; tandis que dans le troisième, l'élément anatomique prédominant est le tissu fibroïde. Ce sont là les trois groupes dans lesquels on peut ranger les poumons des phthésiques. L'élément tuberculeux prédomine dans le premier. Le second est une espèce de pneumonie, et dans le troisième le tissu fibroïde occupe la première place.

Le poumon est un organe complet, composé de plusieurs éléments anatomiques, et lorsque ces derniers sont irrités par un corps étranger, chacun de ces éléments se comporte d'une manière propre à son espèce, de sorte que vous pouvez pour ainsi dire obtenir différents résultats anatomiques. Si le tubercule est implanté dans le poumon, et si cette partie est susceptible d'être irritée, nous savons que deux conséquences en résultent ordinairement: l'une ayant la forme d'une pneumonie plus ou moins étendue, et l'autre étant une espèce de transformation fibroïde. Et de la forme prédominante dépendra la marche subséquente de la maladie, elle sera rapide et fébrile dans la forme pneumonique, lente et exempte de fièvre dans la forme fibroïde, et cela est si vrai qu'il en est pour ainsi dire résulté un axiôme qui dit que la tuberculose chronique *per se*, ne tue jamais. C'est le tubercule, avec ses effets secondaires, qui est fatal. Ainsi c'est donc avec intention que dans chacun de ces groupes j'ai employé le mot "prédominant." Je crois qu'il serait utile de donner une dénomination à chacun de ces groupes, et il est important dans un art comme la médecine, de ne pas employer, autant que possible, de mots nouveaux, c'est pourquoi, à une exception près, je me suis servi de termes simples. J'ai employé la dénomination de phthisie tuberculeuse pour désigner le premier groupe, dans lequel nous découvrons ce petit corps connu sous le nom de tubercule; je désigne le second groupe sous le nom de phthisie pneumonique, et je nomme phthisie fibroïde le troisième groupe, dans lequel domine l'élément fibroïde.

Ici commence la discussion. Pour les médecins français et un nombre très considérable de médecins anglais, ce troisième groupe de mon invention est artificiel et faux.

Ils diraient: "Voici votre phthisie tuberculeuse, parce que le tubercule y est l'agent prédominant. Dans nos recherches nous avons trouvé des éléments histologiques et des éléments de structure en rapport les uns avec les autres. Cherchez des cas de phthisie et s'ils sont de phthisie réelle, vous trouverez

“ les mêmes constituants dans chacun.” Ces médecins ont même été plus loin, et en regardant un des cas représentés par ces planches ils diraient qu'il est vrai qu'il n'y a aucun vestige de tuberculose, mais simplement parce qu'à mesure que se formait un tubercule il se changeait en tissu fibroïde. D'après cet argument le tissu fibroïde serait analogue au tubercule.

Le temps ne me permet pas d'entrer dans une discussion physiologique, ce qui d'ailleurs est inutile au but que je me propose. Je fais beaucoup mieux, je nie complètement la justesse de l'argument, parce que j'en ai un de beaucoup supérieur. Je dis que le véritable critérium pour trouver la différence de nature dans les produits pathologiques réside beaucoup moins dans la structure anatomique d'une chose que dans son histoire durant la vie. Maintenant, de la chambre d'autopsie je passe dans les salles de l'hôpital, et je me demande si dans l'histoire de la phthisie durant la vie il y a quelque chose qui justifie la distinction pathologique que je viens de faire? Un mot y a-t-il pendant la vie, ces symptômes différents entre ce que j'appelle la phthisie tuberculeuse, la phthisie pneumonique et la phthisie fibroïde? Si oui peut-on les distinguer facilement? Ces différences sont-elles évidentes, ou de simples curiosités pathologiques? Dans une certaine mesure j'inclis pour l'affirmative. Des difficultés très sérieuses se présentent cependant dès le début. La première de ces difficultés provient de ce fait que tout homme pratique rencontrera tout suite : les symptômes provenant des poumons affectés s'appliquent plus distinctement à la détérioration de la fonction du poumon qu'à l'agent anatomique qui détruit et détériore cette fonction. Cette distinction est quelquefois difficile à faire, mais en prenant la maladie à son début et avec beaucoup de soin on y parvient. Vient ensuite une seconde difficulté qui est en partie pathologique, et qui se rapporte à la terminologie. Il est facile de comprendre ce qu'on entend par phthisie tuberculeuse. Nous sommes d'accord sur ce point; une destruction suppurative du poumon et l'élément anatomique est le tubercule, nous conviendrons de nommer cela phthisie tuberculeuse, si nous poussons la définition plus loin nous l'appelons phthisie pneumonique et phthisie fibroïde.

Lorsque nous arrivons à la phthisie pneumonique, la chose devient très complexe, non seulement par sa nature même mais aussi par la nature de la terminologie qui a été adoptée. Je n'ai pas la prétention de rendre la chose bien claire, ni de me croire assez de fermeté et de justesse d'expression pour

parler sur ce sujet avec autant de confiance et de hardiesse que sur d'autres.

Il y a trois formes de pneumonie que nous reconnaissons de suite. D'abord, l'inflammation commune qui attaque la base du poumon en produisant une légère douleur ou un malaise au côté, accompagnés de crépitation et de respiration bronchique et se terminant par résolution le cinquième, le sixième ou le septième jour. Cela est la première forme de la pneumonie et la plus commune. Il y a une seconde forme toute différente, elle affecte la partie supérieure du poumon, et au lieu de se déclarer brusquement par la fièvre, commence quelquefois d'une manière insidieuse et s'étend vers la base. Le signe caractéristique de cette maladie est une matière caséeuse ayant l'apparence de celle que l'on trouve dans une glande scrofuleuse abcédée; celle de la pneumonie commune est d'un rouge de granit. L'élément anatomique de la pneumonie caseuse établit une espèce de lien entre ces deux formes et les réunit. Il y a une troisième forme de pneumonie appelée catarrhale ou lobulaire. Cette forme de pneumonie est commune chez les enfants, et provient de la bronchite capillaire.

Il y a donc ces trois formes de pneumonie, et chacune d'elles est capable de développer la phthisie, quoiqu'avec un degré d'intensité différent, c'est-à-dire que chacune de ces formes de pneumonie peut donner naissance à des exsudations, qui, lorsqu'elles ne sont pas absorbées subissent la destruction suppurative et prennent place immédiatement dans le domaine de la phthisie. La pneumonie commune peut produire cet effet quoique rarement, la phthisie caseuse, la phthisie pneumonique, le produisent fréquemment, et la forme catarrhale tient le milieu entre les deux précédentes. Il est ainsi très difficile de définir ces groupes de phthisie. Je ne m'aventurerai pas trop sur ce terrain, à présent, car la chose serait trop longue et m'entraînerait au-delà des bornes d'une simple lecture que je tiens à rendre la plus claire possible. Je bornerai mes exemples à des cas provenant de phthisie pneumonique, caseuse et croupense.

Avons-nous raison de faire cette classification de la phthisie en trois groupes ?

Il y a d'abord la phthisie tuberculeuse—phthisie produite par l'action destructive des tubercules et par les effets des tubercules dans les poumons. Mon opinion sur la phthisie chronique, c'est que le tubercule ne tue jamais. Si quelqu'un qui en est atteint pouvait l'empêcher de subir la seconde transformation, il n'en mourrait pas, et si ce n'était les complications de la fièvre, je ne vois pas pourquoi il ne vivrait pas

aussi bien qu'un autre. Par rapport au premier groupe, le caractère le plus frappant est celui-ci : pendant que les matières tuberculeuses sont au commencement, peu nombreuses et légères, les symptômes constitutionnels sont cependant nombreux et profonds.

Prenez un cas typique chez une fille. Voici une fille dont l'histoire de la famille du côté maternel offre peut-être des exemples de phthisie. Elle est âgée d'environ dix-huit ans, elle a de grands yeux, ses joues sont colorées et depuis quelque temps sa santé décline. Un médecin est appelé, l'examine attentivement ; il trouve bien la température du corps un peu élevée, la respiration rapide, mais rien de plus. Il est en présence d'un cas où la constitution est gravement atteinte et dans lequel il n'y a aucune cause locale pour produire cet effet. Un médecin d'expérience soupçonne immédiatement l'existence de la phthisie tuberculeuse. Le patient maigrit, la toux commence, peu à peu survient de la matité et la poitrine s'affaisse. Alors surviennent les symptômes ordinaires de la phthisie, et bien que de temps à autre il y ait un mieux apparent, le mal suit sa marche progressive, et dans l'espace de deux, trois ou quatre ans, en règle générale, le cas se termine par la mort.

Comme je l'ai dit, ce cas se distingue dès le début par le peu d'importance des signes physiques et l'étendue des symptômes constitutionnels. Il se distingue aussi, je crois, par l'inefficacité de tous les systèmes de traitement. Voyons maintenant les cas de la seconde classe : les deux formes de pneumonie. La meilleure manière est de rapporter l'histoire d'un cas.

Voici le dessin d'un poumon que vous pouvez examiner, il s'agit du cas de Pierre McIntosh, bien connu à l'Hôpital de Londres. Il vint à l'hôpital et nous dit que depuis quelques jours il avait eu un frisson puis une douleur au côté. Après examen nous trouvâmes les signes ordinaires de la pneumonie, mais avec les symptômes particuliers suivants : matité sur l'étendue du poumon, respiration faible au lieu d'être bronchique et pardessus tout matité allant toujours en augmentant. Vous observerez tout d'abord que ces symptômes sont ceux de la pleurésie, mais comme il n'y avait aucun déplacement de l'organe, aucun frottement, aucun déplacement de la matité, malgré le changement de position, et comme il n'y avait aucune *protusion* des espaces *intercostaux*, comme la température était très élevée, il n'y avait aucun doute que nous étions en présence d'un mauvais cas de pneumonie. Dans le temps j'ai dit à mes élèves que cette exsudation ne serait pas absorbée, sachant par expérience que lorsqu'il y a dans le poumon assez de matière pour l'empêcher de résonner, l'absorption du dépôt est très

difficile. La pneumonie se termina à peu près vers le temps ordinaire et le malade se disait beaucoup mieux. Mais au bout de quelques jours il n'y avait aucun déplacement de l'exsudation et pendant des mois encore il resta sous mes soins sans qu'il se produisît le moindre changement dans la matité des poumons. Après huit ou neuf mois, il manifesta l'intention de s'en aller et en obtint la permission.

Il revint au bout d'une semaine, il avait pris du froid, et immédiatement après sa seconde admission à l'hôpital le poumon commença à s'ulcérer.

Pendant deux ans encore qu'il demeura sous mes soins, il continua à donner tous les symptômes de la phthisie. A cette période de la maladie il se produisit une complication sur laquelle je me suis trompé. J'aime beaucoup à faire partir de gros canons en présence de mes élèves et je leur dis : la pneumonie n'est pas absorbée et avant un mois il y aura des tubercules dans l'autre poumon. Dans le cas de McIntosh, ce que je croyais être la preuve du tubercule, se produisit dans le poumon opposé. Il mourut après vingt-deux mois, et à l'examen *post mortem* je me suis trouvé en présence d'un beau cas de pneumonie lobulaire et pas de tubercule. Ceci est bien un exemple frappant de ce qu'on peut appeler phthisie pneumonique provenant d'une inflammation ordinaire. C'était la première fois que je ne trouvais pas de tubercules produits par la suppuration du dépôt non absorbé. De tels cas de phthisie pneumonique se reconnaissent par l'histoire du cas lui-même, par le fait qu'il est survenu quelque manifestation tuberculeuse, parce qu'au temps de l'examen du patient il y avait plus ou moins d'indices de la non absorption du dépôt, par la matité plus ou moins étendue à la base du poumon, et parce que l'exsudation, au lieu de disparaître, se ramollit et revêt tous les symptômes habituels de la phthisie.

La seconde classe de cas de phthisie pneumonique ne se reconnaît pas aussi facilement ; elle ne présente pas ordinairement une histoire semblable à la précédente. D'un côté il n'y a pas l'histoire de la perte rapide et insidieuse de la santé, comme dans la phthisie tuberculeuse. De l'autre côté il n'y a pas non plus l'histoire d'une attaque aigüe que l'on peut considérer comme une pleurésie. Il y a l'histoire d'une toux lente accompagnée d'une légère fièvre, et qui est toujours allée en augmentant sans porter une atteinte sensible à la santé. Lorsque vous rencontrez un cas de cette nature, vous trouvez ordinairement une personne bien portante, l'œil brillant, et peut-être la joue colorée. Si vous examinez ce malade, vous trouvez une grande différence avec la phthisie tuberculeuse, car pendant que les

symptômes constitutionnels sont très rares, les signes physiques abondent. Vous trouverez le milieu du poumon très mat. Dans un cas de cette nature, vous remarquerez que l'exsudation n'est pas absorbée ou qu'elle ne subit pas de changements fibroïdes, mais que le poumon s'ulcère et que la matière caséuse remplit de petites cavités ; alors la maladie progresse comme dans un cas de phthisie ordinaire, avec cette différence que le patient devient rarement maigre ou févreux, excepté sur les derniers temps. Il y a ici sur la table plusieurs dessins de ces cas de phthisie pneumonique, quelques-uns représentent le poumon offrant de petites cavités et d'autres le montrent devenant en partie fibroïde. J'ai parlé de la phthisie pneumonique caséuse comme étant très fréquente, vu qu'elle est chronique, mais elle n'est pas aussi rapide dans sa marche que la pneumonie ordinaire, elle a cependant tous les signes d'une maladie inflammatoire. On doit la reconnaître, je crois, à ce qu'elle origine dans la lobe supérieure, progresse rapidement du haut en bas, est accompagnée d'une fièvre modérée et se termine dans l'espace de deux semaines, ce qui est plus long que dans un cas ordinaire, ou se transforme en petites cavités après quelques semaines. C'est la forme de phthisie ordinairement appelée consommation galopante, *phthisis Florida*.

Ici je m'arrête un moment pour m'occuper de la question anatomique. Les anatomistes prétendent qu'il n'y a pas de distinction de fait entre la structure histologique d'un tubercule et celle d'un dépôt caséux. Je vous prie de remarquer la grande distinction qu'il y a entre ces deux choses. Dans le cas d'une phthisie tuberculeuse vous avez la phthisie constitutionnelle précédant ou accompagnant le tubercule, mais dans la phthisie caséuse la maladie locale est considérable tandis que les troubles constitutionnels sont presque imperceptibles. Ainsi les anatomistes se trouvent pris dans un dilemme. Le tubercule est une chose très petite et très curieuse. Les symptômes seront d'autant plus profonds que l'élément anatomique sera plus rare, et la constitution sera d'autant moins affectée que les désorganisations seront plus nombreuses dans le poumon. Je pourrais me servir du même argument et dire que je doute beaucoup que les tubercules crus soient réellement absorbés. Je ne doute pas qu'ils puissent se changer en tissu fibroïde ou en matière calcaire. Non pas une fois mais très souvent j'ai vu des dépôts caséux se former au sommet du poumon et disparaître. Quelqu'un parmi les plus ardents a dit que le tubercule prenait la forme d'une infiltration tuberculeuse, et sous certaines circonstances disparaissait, mais il sera forcé d'admettre que des exemples de cette nature sont extrêmement rares.

Je passe maintenant à la marche chronique de la phthisie fibroïde. En règle générale, elle se distingue par une origine inflammatoire, mais il y a des exceptions. Avant de venir de ce côté de l'Océan, j'avais à l'hôpital de Londres trois cas qui me serviront d'exemple pour expliquer une des formes du début de cette maladie. Le premier malade offrait les symptômes suivants : C'est un homme d'environ trente-six ans ; son côté droit est extrêmement contracté, le cœur bat sous la seconde côte. L'état général de sa santé est bon, il n'a pas de fièvre, mais il souffre d'une légère toux qui est souvent quinteuse et qui se termine par des vomissements ou des nausées ; il expectore ainsi une matière fétide qui vient des bronches. C'est un cas que je pourrais appeler phthisie fibroïde. Par l'examen on découvre qu'il existe deux petites cavités près du sommet du poumon, et qui ne sont pas une dilatation des bronches. Étant donc des cavités réelles, il est certain, d'après ces signes, qu'elles sont formées dans les aréoles du tissu élastique. Voici à présent l'histoire d'un des deux autres cas : Le patient a environ cinquante-deux ans. Il a été huit mois sous ma surveillance. Il est entré dans les salles de l'hôpital avec une pleurésie ordinaire ; il avait une légère effusion à la base du poumon. J'ordonnai qu'il se mît au lit et qu'il gardât le repos, considérant que l'effusion étant peu considérable, il se rétablirait promptement. Je lui parlais toujours avec réserve, car en l'examinant de nouveau, je m'étais aperçu que l'effusion avait disparu et qu'il y avait un frottement de va-et-vient. Je m'en préoccupai peu, mais ce frottement de va-et-vient gagnait le poumon, nous continuâmes à l'observer et ce frottement monta en effet le long du poumon, et l'iodure de potassium et les sinapismes restèrent sans effet. La maladie resta à cet état pendant des mois, et à cette dernière phase on vit simultanément le poumon droit se contracter, les côtes se rapprocher, le cou enfler quelque peu, le cœur attiré du côté droit, l'épine dorsale se courber légèrement, c'est alors que je le laissai pour venir au Canada. Cette forme de phthisie fibroïde se distingue par une grande variété de caractères : par le mode de son origine, par la contraction du poumon, par le caractère quinteux de la toux, par l'absence de fièvre, par la lenteur des progrès de la maladie, et par le déplacement du cœur vers le côté droit.

Le dessin que je vous montre dans le moment contient une intéressante illustration d'un poumon changé en une masse fibroïde, entouré par une plèvre d'une épaisseur énorme et ayant sur son sommet environ un pouce de graisse, ce que je n'ai jamais vu avant et jamais revu depuis, bien que j'aie

examiné au-delà de quatre mille cadavres. Le sujet sur lequel j'ai trouvé un poumon dans ces conditions, fut mon premier malade à l'hôpital, il y a environ vingt-trois ans. Il exerçait le métier de poseur de briques et au temps où il me fit appeler il pesait au moins deux cent dix livres; il se plaignait de la toux et du crachement de sang. Étant jeune dans la profession je n'avais pas à cette époque de grandes connaissances sur les maladies de poumons. Je l'examinai cependant avec beaucoup de soin, mais je ne trouvai rien qui pût me rendre compte de ses symptômes. D'après l'histoire du cas, je crus qu'il pouvait souffrir de quelque tumeur interne, comme d'un anévrisme. J'appris cependant que quelques semaines auparavant il aurait été soigné dans le département chirurgical de l'hôpital pour fracture d'une côte, croyant que les poumons auraient pu être atteints, j'ordonnai un bandage. Je portai beaucoup d'intérêt à cet homme, mais il ne prit aucun mieux des mois s'écoulèrent avant que je pus découvrir le mal. La première chose que j'aperçus fut une légère crépitation, puis une faible contraction du côté droit. Quelque temps après il commença à avoir de violents paroxysmes de toux qui se terminaient souvent par des efforts pour vomir, et il rejetait alors un mucus fétide venant des poumons. Je l'observai pas à pas, pendant des années, et le côté droit continuait se contracter; alors survinrent des changements curieux. La côte droite du cou devint plus petit, de grosses veines traversèrent le thorax, le bras droit et les doigts enflèrent et devinrent bleuâtre et il commença à dépérir.

À cet état de la maladie il se plaignait d'une douleur dans le côté droit, les paroxysmes de toux continuaient, et il y avait perte de sommeil. Tout le monde disait qu'il avait une tumeur et quelques-uns disaient même que c'était une tumeur cancéreuse. À la fin ma confiance s'ébranla et je crus avec les autres que c'était une tumeur, vu que je ne pouvais découvrir les symptômes d'aucune des maladies avec lesquelles j'étais familiarisé. Toutefois, le cas suivit sa marche, et j'acquis la certitude que j'avais affaire à un poumon qui subissait une transformation fibroïde. Il quitta l'hôpital, mais je continuai à le visiter d'année en année. Il souffrait beaucoup et faisait un trop grand usage d'alcool. Sa peau devint sèche et fournait des signes de phthisis fibroïde; enfin, il mourut à la suite d'un refroidissement. Avant de mourir il dit à sa femme que le docteur aimerait peut-être à examiner l'intérieur de son corps, et pour me récompenser des soins que je lui avais donnés, il me légua son cadavre. Je suis certain que tous ceux qui regarderont le dessin que j'en ai fait faire, diront qu'ils n'ont jamais rien vu de semblable.

Je ne trouvai nulle part de tubercule. Je ne trouvai non plus aucune trace de maladie dans le poumon gauche qui était en parfaite santé. Aucun des organes n'était assez endommagé pour mériter une mention spéciale, si ce n'est les reins qui étaient un peu congestionnés et plus durs que d'habitude. Le poumon droit ne contenait rien qu'il fut possible d'appeler tubercule. Il avait subi une transformation fibroïde qui avait amené sa contraction et qui, à la fin, avait produit les symptômes qui causèrent la mort. Les circonstances m'ont empêché de faire un examen microscopique. Je vous ai déjà retenu très longtemps et je termine dans quelques minutes. Avec votre permission, cependant, je mentionnerai un autre cas.

Voici le dessin du poumon d'un jeune homme de dix-huit ans que le Dr Pollock, de l'Hôpital de Charing Cross, m'amena en me disant qu'il croyait avoir mis la main sur un de mes cas. Ce jeune homme sortait d'une famille sujette aux bronchites, et avait eu des attaques répétées de bronchite et de pleurésie. Lorsqu'il me fut amené, toute sa maladie résidait évidemment dans le côté droit. La poitrine était contractée, il y avait une grande matité, une respiration faible et des paroxysmes de toux. Son cœur, au lieu de battre entre la cinquième et la sixième côte, battait sous la troisième du côté droit. J'ai cru que c'était un cas de phthisie fibroïde. J'ai exposé le cas devant la Société Clinique de Londres; malheureusement le cas fut soumis à trois confrères de mon propre hôpital qui n'y virent rien de remarquable et le déclarèrent un cas ordinaire de phthisie tuberculeuse, avec contraction. *Ils étaient malheureusement trop près pour bien voir les choses.*

Je me tus et je laissai faire les choses jusqu'à ces derniers temps, où le jeune homme mourut. Avec beaucoup de difficultés nous avons obtenu, le Dr Pollock et moi, la permission de faire un examen *post mortem*. Il n'y avait que le poumon droit d'attaqué, ce poumon était réduit à environ un quart de sa grosseur ordinaire et formait une masse solide à travers laquelle passaient plusieurs tubes bronchiques dilatés; au sommet, il y avait plusieurs cavités ulcérées, mais, nous n'avons rien trouvé qui put, en aucune manière, être regardé comme un tubercule.

J'ai actuellement dans mes salles de l'Hôpital de Londres, trois cas, parvenus à des degrés différents, qui font voir un des modes de développement de la phthisie fibroïde. Le premier cas est celui d'un nommé Lannev. C'est un homme maigre, pâle et délicat. Il est atteint de toux accompagnée d'expectoration; il dit qu'il est assez bien mais que sa santé est très délicate. Ce qu'il y a de remarquable chez cet homme, c'est

qu'il n'a pas pour ainsi dire de poumons pour respirer. Il a la poitrine contractée et présente toutes les apparences d'une phthisie avancée; mais ce n'est pas du tout un cas de phthisie. Plus vous l'examinez attentivement, plus vous vous convainquez que vous avez affaire à un homme dont les poumons sont semi-solides, contractés avec très peu d'espace pour la respiration, et peut-être des bronches légèrement dilatées et contenant une petite quantité de sécrétion. Il n'y a aucun symptôme de destruction du tissu pulmonaire, pendant plusieurs années il a souffert d'une espèce de pneumonie interstitielle. Je l'ai toujours surveillé depuis l'apparition des premiers symptômes qui sont les mêmes que dans les cas cités plus haut.

Le deuxième cas est celui d'un homme du nom de Douglas; son poumon gauche est contracté, avec crépitation dans toute son étendue; il y a respiration bronchique et bronchophonie; d'ailleurs, il jouit d'une assez bonne santé. Sa maladie rentre aussi dans l'histoire du troisième cas.

Mon troisième patient est un homme qui est sous mes soins depuis quelque temps mais dont j'oublie le nom. Il est atteint d'une pleurésie fibrineuse très persistante. Il se dit en parfaite santé, et ce n'est qu'à force de stratagèmes que nous parvenons à le garder dans nos salles. Il est tout étonné de la persistance que nous mettons à le retenir au milieu de nous. Nous tenons en effet beaucoup à le garder, afin qu'il puisse être utile à notre instruction commune. Du moment que vous appliquez la main sur sa poitrine vous sentez un mouvement de friction et vous pouvez entendre sur toute l'étendue de la poitrine le bruit de frottement de va-et-vient. C'est un exemple du commencement de ces cas, et la maladie de Lenny est commencée ainsi. Ils viennent à l'hôpital avec une douleur au côté, avec peu ou pas d'effusion dans les cavités pleurales. Probablement qu'une effusion a eu lieu à quelque époque antérieure et ils ont guéri en apparence, mais dans certains cas le bruit de frottement de va-et-vient persiste. Je n'ai jamais pu, dans aucun de ces cas, rendre aucun service thérapeutique quelconque. Dans ce dernier cas, je vais m'efforcer de retenir le patient à l'hôpital, afin de pouvoir en retracer l'histoire clinique dans tout son cours.

D'après ce que je viens de dire, j'espère que vous admettrez qu'anatomiquement, les poumons des personnes mortes de phthisie peuvent être divisés en trois classes ou groupes différents. Je crois aussi en avoir dit assez pour prouver, que même durant la vie, on peut reconnaître ces trois groupes différents, et que ces différences ne sont pas de simples curiosités pathologiques. S'il en est ainsi, je prétends que, ces

groupes étant distincts dans leur origine, différents dans leur marche, répondant différemment au traitement, ils doivent avoir des noms distinctifs.

J'aimerais à mentionner un seul autre cas ; j'ai sur cette table les dessins de deux cas de personnes qui ont souffert de tous les symptômes de la phthisie et qui sont mortes. Dans un cas on a trouvé que l'élément destructeur était un dépôt syphilitique, et dans l'autre un épanchement hémorrhagique. Dernièrement, j'ai eu occasion de voir une hémorrhagie provenant de poumons tout à fait exempts de dépôts tuberculeux. Messieurs, je vous remercie de l'attention que vous avez prêtée à cette lecture un peu longue, et bien que je ne puisse pas me flatter d'avoir résolu les nombreuses difficultés qui entourent ce sujet complexe, j'espère du moins avoir réussi à apporter quelque lumière dans vos idées et à ouvrir de nouvelles voies à vos recherches. Si j'ai réussi à faire cela, messieurs, mon temps n'aura pas été perdu.

Le Dr R PALMER HOWARD demanda : 1<sup>o</sup> Avez-vous remarqué si la phthisie tuberculeuse et la phthisie caséuse pneumonique peuvent se rencontrer chez les enfants d'une même famille ? Etes-vous d'opinion que les membres d'une même famille peuvent être atteints de l'une ou de l'autre alternativement ? Sont-elles également transmissibles par hérédité ?

2<sup>o</sup> Avez-vous déjà rencontré un cas de phthisie fibroïde primaire dont l'origine n'était ni inflammatoire ni tuberculeuse ? Dans un cas de pleurésie ou de pneumonie, y a-t-il possibilité de reconnaître de bonne heure, si ce changement ultérieur de la transformation fibroïde aura lieu ; si oui, comment reconnaitrons-nous, dès le commencement, la marche de la maladie primitive ?

3<sup>o</sup> Pouvez-vous distinguer les cas de phthisie tuberculeuse chronique ou de phthisie pneumonique caséuse qui subissent des transformations fibroïdes, des cas de phthisies fibroïdes qui commencent dans la plèvre, ou qui sont une conséquence de la pneumonie ? Ou, en d'autres termes, pouvez-vous distinguer la transformation fibroïde qui survient accidentellement dans les formes ordinaires de la phthisie, des transformations fibroïdes qui suivent la pleurésie d'un côté ou la pneumonie de l'autre ?

Le Dr CLARK. — Quant à la première question j'admets comme un fait que les formes tuberculeuses ou caséuses de la phthisie peuvent alterner dans la même famille, et de plus, des personnes atteintes de phthisie caséuse peuvent donner naissance à des enfants sujets à la phthisie tuberculeuse. Je reconnais cela entièrement. La chose est très vraie, mais je

ne sais pas s'il serait juste de s'en servir comme argument contre ma théorie. J'admets que chez les enfants de la même famille, j'en ai trouvé un atteint de pneumonie caséuse, et j'ai découvert chez un autre les symptômes de la phthisie tuberculeuse. J'admets de plus que la progéniture de personnes atteintes de phthisie caséuse, peut être tuberculeuse. Même si je n'étais pas en état de répondre d'une manière satisfaisante à cet argument, je dirais que les plus grandes preuves de distinction doivent faire mettre de côté ce qui est suggéré par les faits. Les grands points de distinction sont que l'histoire de la phthisie tuberculeuse est extrêmement incomplète, tandis que celle de la phthisie caséuse est relativement bonne et que sa marche paraît être très distincte de l'autre, tandis que le traitement est presque inutile dans la forme tuberculeuse il est au contraire très efficace dans la forme caséuse. Sur cette question je suis d'opinion que la véritable explication repose en ceci : dans ces famille, chaque membre possède des poumons malades, et différentes circonstances, distinctes dans chaque cas, déterminent la phthisie tuberculeuse chez les uns et la phthisie caséuse chez les autres. Ces deux maladies dès leur origine sont si distinctes que je suis disposé à leur donner un nom différent. Je ne prétends pas avoir résolu toutes les difficultés que présente le sujet ; mais je crois que sous le rapport anatomique il y a des raisons suffisantes, et que sous le rapport clinique, ces raisons sont assez nombreuses, pour qu'on puisse faire une distinction entre les deux.

La seconde question est : Ai-je jamais rencontré un cas de phthisie fibroïde primitive ? Je n'en suis pas certain ; je dois dire que dans les cas où j'ai pu obtenir un rapport exact, il y avait toujours, soit une pleurésie fibrineuse sèche, soit de fréquentes attaques de bronchites, de la syphilis, etc. La chose peut exister, mais d'après mes propres observations, je ne suis pas sûr d'avoir jamais vu un seul cas de phthisie fibroïde primitive.

La troisième question est de savoir, si dans un cas donné de pneumonie ou de pleurésie, il existe quelques moyens de déterminer, si des changements fibroïdes vont se produire. Je crois que oui. Si j'avais un cas de pneumonie, et que ce cas se prolongerait au-delà de la période ordinaire sans donner aucun signe d'amélioration, je dirais que de deux choses, l'une doit certainement arriver, ou cette exudation disparaîtra et nous en aurons des preuve dans les symptômes physiques et constitutionnels, ou elle séchera et se changera en une masse fibroïde, et constitutionnellement les preuves en seront négatives.

tives; le patient éprouvera un mieux sensible et se croira tout à fait guéri. Les preuves locales seront la matité, une respiration faible, et une légère contraction qui ira en augmentant. Si j'avais un cas de pleurésie sèche simple, qui continuerait de progresser malgré tous mes soins, je dirais que, s'il est soigné par le repos et la diminution des mouvements, les chances sont que la maladie se continuera et produira une transformation fibroïde dans le poumon, mais je ne puis dire jusqu'à quel point, surtout si le patient fait usage d'alcool.

Je me suis mis en garde contre les fausses interprétations en disant que quand ces cas étaient avancés, il devenait extrêmement difficile de distinguer, car les symptômes qui se présentent alors ont plutôt rapport à la simple destruction des organes qu'à l'agent destructeur. Si vous voyez que la maladie commence dans la partie inférieure du poumon, et qu'elle progresse lentement en montant, avec accompagnement de fièvre, de prostration, d'amaigrissement, de faiblesse et de pâleur, si le sommet est sain, vous pouvez dire avec certitude que vous avez affaire à un cas ordinaire de phthisie fibroïde. Si, d'un autre côté, vous ne rencontrez aucun de ces symptômes, et que vous trouviez le sommet du poumon attaqué, je ne connais aucun autre moyen de distinguer entre les deux, si ce n'est l'histoire du cas lui-même. Dans un cas dont l'origine est soudaine, et qui présente un caractère inflammatoire, l'histoire de ce cas nous portera à conclure que c'est une phthisie fibroïde; si, au contraire, l'origine est insidieuse, elle indique une phthisie tuberculeuse. De plus, si la phthisie fibroïde n'est pas toujours confinée à un seul poumon, c'est du moins la grande majorité des cas. J'ai même vu dans certains cas de phthisie tuberculeuse, les symptômes d'une transformation fibroïde secondaire. Cela est tellement le cas, que certains médecins, dans le traitement de la phthisie tuberculeuse, conseillent à leurs patients de devenir ivrognes afin de prolonger leur vie.

Le Dr OSLER, dit que M. le Dr Clark augmenterait l'obligation que lui a déjà l'assemblée, en donnant un aperçu de quelques-uns des principes concernant le traitement de la phthisie.

Le Dr CLARK répondit, qu'en le faisant il craignait de perdre le peu de réputation qu'il avait pu acquérir. Je ne prétend, dit-il, à aucune connaissance spéciale, sur le traitement de la phthisie. Lorsque je rencontre une maladie chronique, je la traite d'après les principes. Chaque organisme possède, un pouvoir de résistance et de réparation qu'il utilise en proportion des facilités que nous lui donnons. Dans un cas chronique, je commence donc toujours par chercher ce qui manque au libre fonctionnement de l'organe affecté. Ainsi, dans le traitement

de ces cas, le point le plus important est l'air, la diète et l'attention aux fonctions générales. Nous sommes toujours disposés à prescrire libéralement des remèdes, et nous mettons trop souvent de côté ces petits détails journaliers de la vie, qui dans le fond, donnent ou ôtent la vie. J'ai très peu de chose à dire de la phthisie tuberculeuse. Le point le plus important est de s'occuper de la santé générale. L'affaiblissement du pouvoir résistant permet à la maladie qui menace le malade de faire des progrès. Si j'ai pu tenir mon malade à l'abri des refroidissements, et par conséquent de la pneumonie, j'ai fait pratiquement pour lui, tout ce qui était en mon pouvoir. Il n'y a pas de principes en médecine ; de fait, c'est peut être la science la moins gouvernée par les principes. Tout organisme diffère des autres d'une manière ou de l'autre, et contient en lui les lois de son propre fonctionnement. L'homme sage qui possède le don et la science de guérir, est celui qui a le tact nécessaire pour découvrir les lois de l'organisme qu'il traite et qui se gouverne en conséquence. Il serait absurde de dire en détail comment je traiterais un cas de phthisie tuberculeuse. Une diète réglée, l'usage modéré des alcools, l'air, l'exercice et la préservation contre les refroidissements sont les principaux moyens à employer. J'ai employé toutes sortes de remèdes, hypophosphites, arsenic, fer, huile de foie de morue, etc. Mais consciencieusement je ne puis dire qu'aucun de ces remèdes ait une influence spécifique. Pour ce qui concerne la phthisie pneumonique caséuse, je crois à l'efficacité d'un traitement. Dans un cas aigu, j'ai une grande confiance dans le traitement. Je mets mon patient au lit, je le tiens là jusqu'à ce que sa température soit descendu au-dessous de 100°, quelque temps que cela prenne. Dans les cas où la sécrétion est rare, la langue sèche, la température élevée, le pouls rapide, je me contente de faire un usage abondant des salins et de la contre-irritation, si la fièvre ne disparaît pas, je renonce au citrate de potasse et je mets un drachme de vin antimonial dans un verre d'eau et je fais prendre ce breuvage pendant vingt-quatre heures. La transpiration s'établit, la langue devient humide et l'expectoration commence ordinairement. Alors j'arrête ce traitement et j'emploie des boissons salines, alcalines, effervescentes, avec de la quinine et de l'acide citrique. Je nourris mon malade avec du lait et du thé de bœuf. En pratique, nous oublions souvent que les nourritures liquides vont rapidement aux poumons. Dans les cas où il y a exsudation dans les poumons, nous l'excitons en gorgeant les patients de nourriture liquide, administrée à de courts intervalles. Dans les cas où la pneumonie progresse rapidement, j'ai vu des exsudations hâtées vers un résul-

tat fatal par l'administration d'aliments liquides toutes les demi-heures. La nourriture doit être donnée sous une forme plus solide et pas plus souvent que toutes les quatre heures. Je crois que l'alcool est extrêmement utile dans ces cas. Il est aussi utile dans les maladies scrofuleuses en général.

Le docteur Roddick dit que la question du climat par rapport à la phthisie était d'une grande importance pour les médecins de ce pays, et il demanda au docteur Clark de vouloir bien donner son opinion sur un sujet aussi important.

Le Dr Clark croit que malgré les avertissements réitérés, les consumptifs, en général, vont tous à ces lieux fashionables qu'on nomme places de santé. Malheureusement il n'a pu, jusqu'à présent, se tracer aucune règle définie sur ce point. Avant de décider où son patient devrait aller pour trouver un changement d'air, il s'assurerait d'abord s'il éprouve plus de bien être dans une vallée ou sur une hauteur, et il agirait en conséquence. Ce qui peut être favorable à une personne peut causer la mort d'une autre. Il conseille de ne pas éloigner les malades du confort qu'ils trouvent chez eux, si la maladie est dans un état avancée. Madère et le sud de la France sont les places de santé les plus fashionables pour les consumptifs anglais, mais il connaît certain cas où l'atmosphère sombre de Londres a procuré un grand soulagement à des phthisiques. Il pense beaucoup de bien du Colorado et de la Floride et regrette que ces pays ne soient pas d'un accès plus facile aux phthisiques européens. Pendant son séjour à Ottawa il a été informé que les maladies des poumons étaient presque inconnues parmi la classe des hommes de chantiers, mais il ignore s'ils doivent un état de chose si heureux à leur manière de vivre ou aux conditions atmosphériques. En un mot, dans l'état actuel de nos connaissances, la question si importante du climat dans le traitement de la phthisie, ne saurait être résolue autrement que par les dispositions générales de chaque malade.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

**Du traitement hygiénique des tuberculeux.**—*Suite.*  
—J'ai conseillé, avec avantage, à des jeunes gens qui commençaient une tuberculisation pulmonaire à forme a, yrétique, de se faire colons en Algérie, combinant ainsi les avantages de la vie agreste à ceux d'un climat bienfaisant. Je pourrais citer le cas d'un médecin militaire qui, tuberculeux hémoptysique, a rétabli sa santé en Afrique, associant l'équitation à la vie en plein air.

D'autres passent en quelque sorte leur existence entre l'air et l'eau méditerranéens, faisant ainsi empiriquement une double cure: cure par l'air pur, dense, tempéré et salin, cure par la navigation. M. Brulot a connu un jeune phthisique "qui passait son temps sur les bateaux allant d'Alger à Marseille, et inversement, et qui s'en trouvait bien."

En fait, ce qu'il ne faut pas, c'est envoyer à Alger ou en Algérie les tuberculeux trop avancés dans leur phthisie, surtout les tuberculeux fébricitants. Les autres, au contraire, en éprouvent un véritable bienfait.

Je crois savoir que certains se préoccupent de fonder sur nos côtes africaines de la Méditerranée un vaste *sanitarium* où les tuberculeux réaliseraient la vie de plein air, buvant abondamment du lait de jument, d'ânesse ou de vache, ou ce même lait de jument fermenté, le *koumys*; montant à cheval et faisant des excursions au désert, comme les tuberculeux moscovites dans les steppes de la Tartarie; ce serait là, pour nos compatriotes ainsi que pour les habitants des contrées de l'est et du midi de l'Europe une heureuse installation: les bienfaits du désert et les jouissances de la vie civilisé.

Mais il y a la mer à traverser, la mer à mettre entre sa famille et soi: c'est l'exil aggravé, surtout pour les Français, gens casaniers et très-peu marins. Aussi nos stations hivernales les plus fréquentées par nos compatriotes, et les plus justement recommandables, sont-elles sur nos côtes méditerranéennes, ainsi que dans quelques vallées au pied des Pyrénées.

On ne saurait dire trop de bien de Menton, de Cannes, de

Nice, de Monaco, d'Hyères; comme de Pau, d'Amélie-les-Bains, du Vernet, dans les Pyrénées; d'Arcachon; de Montreux, en Suisse; de Méran, dans le Tyrol. Les seules réserves à faire, quant à nos stations méditerranéennes, c'est, pour les tuberculeux trop excitables, d'éviter le séjour trop près de la mer, dont l'influence directe peut devenir l'occasion d'une excitation presque fébrile, fâcheuse à la tuberculisation, ou du développement d'accidents rhumatismaux; c'est aussi d'éviter, chose facile, le vent qui souffle par les trouées des montagnes; il est également important, aux malades qui vont hiverner dans les Pyrénées, de se soustraire aux brouillards de la vallée.

Le changement de climat, le changement ordinairement lointain, voilà qui est bien! mais encore faut-il que l'on soit riche, et que, riche, l'on soit libre. Quoi pour le tuberculeux pauvre? Quoi encore pour le tuberculeux fortuné, mais chef de famille, et pour qui l'éloignement c'est la ruine de lui-même et des siens? Quoi aussi pour la mère de famille qui ne peut délaissier ses enfants sans péril pour son cœur, ou les traîner après elle sans péril pour sa bourse?

Force est pour eux de rester, force pour nous de leur trouver des équivalents. Lesquels?

De l'air au dehors et du soleil, le plus qu'on pourra; qu'ils sortent chaque jour, à pied, fortement chaussés, c'est-à-dire ayant d'épaisses semelles qui éloignent les pieds du sol, et non point des chaussures fourrées qui y provoquent la sueur et le refroidissement possible à la suite; mais qu'ils évitent la pluie, le brouillard et le trop grand vent.

De l'air au dedans, le plus abondant et le plus pur possible; que les fenêtres soient largement ouvertes plusieurs fois par jour; qu'il en soit ainsi des portes de communication à l'intérieur de l'appartement; que les trappes des cheminées soient toujours ouvertes, été comme hiver, c'est là une source de ventilation.

Quant à la chambre à coucher, elle doit être tout le contraire de ce qu'elle est: je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre à coucher d'un phthisique riche; c'est un endroit soigneusement clos, où il est interdit à l'air d'entrer comme à l'espérance; bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres; épais rideaux enveloppant le lit, où mijote à l'étuvée, dans sa moiteur et dans son air vingt fois préréspiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons ulcérés, le malheureux phthisique.

Et ce n'est pas seulement lui qui le souille cet air, mais l'épouse ou la garde qui le veille; mais la veillesse de la table de nuit; mais la lampe et le feu du foyer; mais plus encore les

odeurs vireuses de l'opium ou affadissantes des tisanes atténuées, et les émanations fétides des sueurs, des crachats, des déjections alvines. L'ensemble est odieusement repoussant.

Ainsi à celui dont la surface d'hématose amoindrie réclame impérieusement l'air le plus réparateur sous le moindre volume, on fournit de l'air de moins en moins riche en oxygène; à celui dont le poumon malade exigerait au moins l'ingestion d'un air intact, on donne de l'air offensif par son impureté même. Le bon sens indiquerait cependant qu'il faut au poumon malade ce qu'on doit à l'estomac lésé: au dyspeptique, les aliments de choix, les plus nourrissants et les plus digestifs; au tuberculeux, un air également de choix, le plus hématosant comme le plus pur.

Bennet l'a bien compris, quand il conseille à ses tuberculeux à Menton "de vivre nuit et jour dans une atmosphère maintenue constamment pure par un courant d'air qui traverse la chambre en allant d'une fenêtre plus ou moins largement ouverte à la cheminée, également ouverte, ou bien si le temps ne permet pas d'ouvrir la fenêtre, c'est de la porte débouchant sur un escalier bien ventilé qu'arrive l'air renouvelé." Et il fait cela à ses phthisiques de tous les degrés, et ces phthisiques ne s'en trouvent pas pis, au contraire.

Comme complément de leur aération insuffisante, aux tuberculeux forcés de rester l'hiver chez eux, je n'hésite pas à conseiller les inhalations d'oxygène; 10, 20 et 30 litres par jour. Ces inhalations n'ont pas seulement pour effet d'augmenter l'hématose, elles excitent l'appétit et réalisent ainsi un double bienfait. C'est un résultat à peu près semblable qu'on obtient avec l'appareil de Waldenburg, à l'aide duquel on peut à domicile respirer de l'air comprimé. Il y a là de la gymnastique pulmonaire, un déplissement plus complet des vésicules, et l'introduction d'un air plus dense et plus riche dans ces vésicules. Deux à trois séances par jour, de quinze à trente minutes de durée, sont véritablement salutaires. Je n'attache d'ailleurs aucune idée curative à cet appareil, qui n'est, dans l'espèce, qu'un bon auxiliaire hygiénique, une façon de faire respirer davantage et mieux des poumons qui respirent mal et insuffisamment.

Après l'aération au logis, la température: la chose est loin d'être indifférente; il ne faut pas qu'elle soit trop élevée; il suffit qu'elle le soit assez; trop élevée, elle ne a pas seulement l'inconvénient de déprimer l'organisme, elle met surtout et habituellement la peau dans de telles conditions qu'elle ne sait plus résister au froid extérieur dès qu'elle y est momentanément exposée. Une température uniforme de 15 à 16 degrés

contigrades est très-suffisante dans l'ensemble des pièces où doit se mouvoir le tuberculeux. Pour arriver à ce résultat, on se sert, dans les grandes maisons, de poêles ou de calorifères. Il faut absolument proscrire les poêles de fonte et surtout les calorifères à air chaud, les poêles de fonte dessèchent l'air et brûlent au contact les particules organiques qui y voltigent, mais ce sont surtout les calorifères à air chaud qui ont cet inconvénient. Ils vomissent dans l'atmosphère des appartements des torrents d'air dont ils ont calciné, rôti les poussières organiques animales et végétales, et nous font ainsi respirer des cadavres microscopiques incinérés, ce dont nous avortissent nos organes, aussi bien nos voies aériennes, qui sont spécialement affectées par la sécheresse de cet air, que nos organes olfactifs, qui sont offensés de son odeur, et nous disent que cet air est mauvais. Malheur à qui méconnaît ces sensations tutélaires! Si le calorifère est nécessaire, il faut que ce soit un calorifère à vapeur d'eau. L'air s'échauffe sans s'y calciner au contact de la vapeur qui circule dans les tuyaux, et reste ainsi très-respirable.

Quant au chauffage direct, il doit se faire au bois et dans des cheminées largement béantes. Pas de coke ni de houille, qui rayonnent de trop grandes masses de calorique à la fois et dessèchent l'air parfois en l'infectant, surtout la houille, par la production de vapeurs hydro-sulfureuses, ou par son âcre fumée. Au contraire, le bois dans sa combustion dégage toujours une certaine quantité de vapeur d'eau qui dessèche l'air d'autant moins. Si l'on est obligé de se servir de coke ou de houille; pas de corbeille et surtout pas de ces hermétiques cheminées dites "américaines", où la presque totalité du combustible est utilisée: l'économie est ici réalisée au grand préjudice de la santé, l'ingénieur faisant échec à l'hygiéniste, leur but est d'ailleurs essentiellement différent. celui du premier est d'obtenir du combustible la plus grande somme possible de calorique, sans préoccupation de ce qui pourra en résulter pour l'air et la santé; le but du second doit être d'échauffer l'atmosphère et de la ventiler à la fois. Et c'est ce qu'on obtient avec les vastes cheminées, qui laissent perdre une grande quantité de calorique, mais établissent avec l'air extérieur une large et bienfaisante communication.

Le chauffage par les cheminées au gaz est tout aussi malfaisant que par les cheminées américaines, en raison de l'absence complète de toute ventilation, et plus malsain encore par suite des émanations possibles de gaz hydrogène carboné.

Le tuberculeux doit être bien couvert en se gardant de l'être trop, surtout par des vêtements trop lourds et qui l'écrasent.

D'abord un gilet de flanelle légère et à demi-manches l'été; par dessus, un second gilet de la même flanelle et à manches longues l'hiver. Je dis "à demi-manches" et non pas "sans manches" l'été: rien n'est, en effet, plus illogique, étant donnée la nécessité du gilet de flanelle, que la suppression de la manche, laquelle laisse ainsi l'épaule découverte; or, c'est précisément l'épaule qui est exposée aux "coups de froid", c'est elle qui s'offre la première à l'action du courant d'air d'une glace de voiture, ou d'une fenêtre, ou d'une porte entr'ouverte, et c'est ainsi par elle que l'on "s'enrhume" le plus souvent. Je dis encore "un second gilet pardessus le premier", non pas un gilet de flanelle plus épaisse, ni surtout un gilet ouaté. La couche d'air interposée entre les deux tissus est plus chaude et plus légère que le plus fin duvet, l'air étant un des plus mauvais conducteurs du calorique, et le duvet, comme la laine, n'emmagasinant le calorique que par l'air interposé entre leurs fibrilles. Que le tuberculeux porte donc des vêtements ouatés d'air, c'est-à-dire des vêtements superposés en nombre proportionné à l'abaissement de la température et dont il peut se dépouiller successivement à mesure que la température s'adoucit.—*Bulletin génér. de thér. méd. et chir.*—*A continuer.*

—

**Les nouvelles doctrines professées au Collège de France sur les principales actions des centres nerveux.**—M. Brown-Séguard vient de publier, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, la leçon d'ouverture de son cours de médecine au Collège de France. N'ayant pu assister à la leçon, nous attendions cette publication pour faire connaître à nos lecteurs ce qu'on peut appeler la profession de foi scientifique du successeur de Claude Bernard.

Magendie et Claude Bernard avaient tracé une voie dans laquelle les professeurs du Collège de France, en élisant un physiologiste, dans la pure acception de la méthode expérimentale, de préférence à un physiologiste doublé d'un clinicien, espéraient sans doute voir s'engager leur nouveau collègue. Mais, dès ses premières paroles, M. Brown-Séguard rompt avec la tradition de ses deux illustres devanciers; marcher péniblement à la découverte de nouveaux faits et partant de vérités nouvelles, lui paraît une méthode un peu lente; il aime mieux professer *ex cathedra* des doctrines au sujet desquelles son siège est déjà fait.

"L'homme éminent auquel j'ai l'honneur de succéder, dit-il, a eu dans presque toutes les leçons qu'il a faites ici, le mérite

et l'avantage de présenter à ses auditeurs, des faits nouveaux, souvent très-importants et tels qu'il pouvait aisément les reproduire et les faire constater par tous ceux qui assistaient à ses cours. J'ai le malheur d'être placé dans de tout autres conditions; non-seulement j'aurai moins de nouveaux faits expérimentaux à vous signaler, mais encore nombre de ceux que j'ai à vous faire connaître appartiennent à une catégorie de phénomènes physiologiques ou morbides que l'on n'est jamais sûr de pouvoir reproduire à volonté. Différant encore, à d'autres égards, de mes deux prédécesseurs immédiats, Magendie et Claude Bernard, qui s'occupaient surtout, dans leurs leçons, ici, de faits simples, aisément explicables et acceptables, j'ai à vous exposer non-seulement des faits complexes, mais surtout des doctrines nouvelles qui sont en contradiction formelle avec celles qui ont cours sur les principales actions normales ou morbides des centres nerveux. Je m'impose la lourde tâche de démontrer presque tous ce que vous avez appris, soit dans les cours que vous avez suivis, soit dans les livres exposant l'état actuel de la science, sur les doctrines relatives à ces actions, doit être rejeté comme absolument faux, et j'aurai, après avoir ainsi fait table rase, à essayer d'édifier des doctrines entièrement nouvelles."

On le voit, M. Brown-Séguard se pose carrément en novateur. Il faut oublier ce que les maîtres ont enseigné avant lui; il faut brûler les livres qui sont l'expression écrite de cet enseignement et contiennent les vérités traditionnelles admises jusqu'aujourd'hui; il faut rompre, en un mot, avec le passé et tourner les yeux vers la lumière que lui, M. Brown-Séguard, nous apporte. Certes, on ne saurait être plus franchement hardi; mais hardiesse n'équivaut pas à présomption, et il y a lieu de penser que, dans la suite de ses cours, le nouveau professeur saura fournir toutes les démonstrations qu'il promet, et justifiera ainsi l'œuvre de démolition par laquelle il inaugure son enseignement. En attendant, on doit se garder de porter un jugement quelconque, qui serait prématuré. Nous nous bornerons donc, pour donner à nos lecteurs une idée de son programme, à reproduire, sans les discuter les théories nouvelles qu'il propose de substituer aux anciennes, et qu'il formule lui-même dans les propositions suivantes :

"1<sup>o</sup> Chaque moitié de l'encéphale peut se développer de façon à remplir pour les deux moitiés du corps toutes les fonctions (mouvements volontaires, perception des impressions sensibles et sensoriales, actions vaso-motrices, etc.), que l'on sait appartenir aux cellules nerveuses de toutes les parties du grand centre intra-crânien. Cependant, il est probable que chez nom-

bre d'individus, par suite de développement d'exercice insuffisant, une seule moitié possède plus ou moins exclusivement certaines fonctions.

"2<sup>o</sup> Les entre-croisements que l'anatomie démontre dans l'axe cérébro-rachidien se composent évidemment, en partie au moins, de fibres nerveuses servant aux mouvements volontaires et aux impressions sensibles ou sensoriales. Ces entre-croisements sont sans doute utiles pour rendre les communications faciles entre les deux moitiés de l'encéphale et du corps, mais ils ne sont pas essentiels, parce que chacune de ces moitiés est en rapport avec les deux côtés du corps par des conducteurs directs aussi bien que par des conducteurs entre-croisés.

"3<sup>o</sup> Les entre-croisements, pour les conducteurs servant aux mouvements volontaires ainsi que pour ceux qui transmettent les impressions sensibles, existent dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal et non, comme on l'a soutenu, pour les uns au bulbe ou au mésocéphale, pour les autres surtout dans la moelle épinière.

4<sup>o</sup> Un nombre de fibres extrêmement petit peut suffire pour la continuation des transmissions motrices, sensibles ou sensoriales entre les cellules de l'encéphale et celle de la moelle épinière et des organes des sens, ce qui conduit à faire admettre un mécanisme tout autre que celui de la théorie bien connue du *clavier nerveux*, mécanisme impliquant l'existence dans les cellules nerveuses de la moelle épinière et des organes des sens, de fonctions d'un ordre bien plus élevée que celui qu'on suppose.

"5<sup>o</sup> Les cellules nerveuses de l'encéphale formant les centres doués d'une fonction spéciale quelconque, loin de former un groupe ou une agglomération dans une partie distincte et bien délimitée, sont au contraire disséminées, de telle manière que chaque fonction a des éléments pour son exercice dans des parties très-variées de l'encéphale. Les localisations de fonction existent donc, mais dans des cellules éparpillées et ne formant pas, comme on le croit, des agrégats distincts soit dans les circonvolutions, soit ailleurs. Néanmoins, les faits rendent extrêmement probable la notion que les cellules servant à certaines fonctions se trouvent surtout dans certaines parties. Ainsi, par exemple, les cellules qui servent à l'exercice des facultés intellectuelles et morales sont surtout dans les circonvolutions; les cellules qui constituent les centres percepteurs des impressions sensoriales sont surtout les unes à la base des hémisphères cérébraux, et les autres dans les parties formant l'isthme encéphalique; les cellules servant au maintien ou au rétablissement d'une attitude normale sont surtout dans le mésocéphale; les

cellules formant le centre respiratoire sont surtout à la base de l'encéphale et dans la partie cervicale de la moelle épinière, etc.

“ 6<sup>o</sup> Il existe partout dans l'encéphale, mais surtout dans le cervelet, des cellules qui ne semblent posséder d'autre fonction que celle de produire la force nerveuse.

7<sup>o</sup> Les lésions de l'encéphale, en outre de perturbations très-variées, produisent surtout deux groupes de symptômes essentiellement caractérisés, l'un par la mise en jeu d'une propriété ou la manifestation d'une fonction, l'autre par la perte d'une propriété ou d'une fonction, mais les lésions productrices de l'un ou de l'autre de ces deux groupes d'effets n'agissent que par l'intermédiaire de l'irritation qu'elles causent dans les parties où elles se trouvent ou dans celles d'alentour, irritation qui, se propageant à distance, exerce son influence soit en mettant en jeu, soit en arrêtant, ainsi que je l'ai déjà dit, l'activité des cellules nerveuses douées de la propriété ou de la fonction qui est alors modifiée ou suspendue.

“ 8<sup>o</sup> Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas d'irritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, la paralysie, l'anesthésie, l'amaurose, l'amnésie, l'aphasie, la perte des diverses facultés intellectuelles, la perte de connaissance, et toutes les autres cessations de fonction de l'encéphale, ne sont que des effets d'inhibition de l'activité des cellules douées de la fonction qui s'arrête.

“ 9<sup>o</sup> Dans les cas de lésion encéphalique, de même que dans les cas d'irritation d'une muqueuse ou d'une autre partie périphérique, les symptômes montrant une activité morbide de cellules nerveuses, tels que le délire, les convulsions et autres contractions musculaires involontaires, etc., se produisent non comme conséquence tout simplement d'une action morbide de la partie lésée, mais aussi et surtout comme effet d'une influence que l'irritation première exerce à distance sur les cellules nerveuses encéphaliques douées de la propriété ou de la fonction mise en activité morbide.

“ 10<sup>o</sup> Les variétés presque infinies de manifestations morbides qu'une lésion encéphalique peut produire, s'expliquent par les variétés, presque infinies aussi, d'excitabilité dans les diverses parties du système nerveux, chez les différents individus ou chez le même dans des temps différents.”—*Gazette de Paris*.

Dr F. DE RANSE.

Guérison de la pleurésie par la ponction aspiratrice simple.—M. FONSEN consacre sa thèse à l'étude de cette question, en la limitant absolument à ce qui se passe chez

l'enfant. Il rapporte dix-neuf observations dont huit sont inédites, dans lesquelles une ponction seule ou des ponctions successives ont suffi pour amener la guérison de pleurésies purulentes chez des enfants. En analysant tous ces faits on voit que, au-dessous de cinq ans, les guérisons obtenues par cette méthode sont plus nombreuses qu'au-delà du même âge. Dans près de la moitié des cas une ou deux ponctions seulement ont été nécessaires. Il en a fallu six, sept, huit, ou dix dans plusieurs cas. Enfin on en a fait dix huit, trente-trois et cent vingt-deux dans trois cas dont les observations sont dues à M. Bouchut. Dans ce dernier cas on faisait des ponctions tous les trois ou quatre jours; aucune ne devient fistuleuse.

Pour expliquer la différence si notable qui existe entre les enfants et les adultes eu égard à ce mode de guérison de la pleurésie purulente, il suffit de se rappeler l'extrême élasticité des parois costales qui, après la ponction comme après l'empyème, permet aux parties de se rapprocher; de sorte que les surfaces en contact bourgeonnent, des adhérences s'établissent entre elles, la cicatrisation qui n'est autre que la guérison, est ainsi effectuée. De plus, l'observation démontre que dans le cours de la pleurésie purulente, le poumon, chez l'enfant, est peu altérée, conserve toute son élasticité et reprend rapidement ses fonctions après l'évacuation du pus. Chez l'adulte, au contraire, les parois thoraciques trop rigides n'ont que fort peu de tendance au rapprochement et de plus les poumons sont souvent enveloppés de fausses membranes cartilagineuses qui empêchant sa dilatation; aussi la ponction comme l'empyème a-t-elle des résultats infiniment moins bons.

La ponction doit être faite avec l'appareil Potain et en employant le troquart le plus fin qui puisse laisser passer un pus assez épais. Mais sur quoi se baser, alors qu'une première ponction aura été faite, pour en faire de nouvelles? Le retour de la gêne respiratoire, les accès de fièvre, la recrudescence du mauvais état général ne sont pas des signes suffisants à ce sens surtout qu'il peuvent faire attendre trop longtemps. Aussi faut-il s'appuyer pour cela sur la marche de la température.

Une des observations de M. Fonson en est bien la preuve: on y voit après chaque ponction un abaissement notable du degré thermique, se maintenant plus ou moins longtemps, suivant que le liquide se reproduit avec plus ou moins de facilité; quand l'épanchement se reproduit, la température arrive le plus souvent par des ascensions successives au degré de 39°, 39°,45 ou 40°. Cette ascension thermométrique ne pouvant être expliquée par aucune complication viscérale, a pu

être considérée comme un signe certain de la reproduction du pus dans la plèvre, et la ponction répétée sept fois d'après cette seule indication n'a jamais été frustrée.

La méthode des aspirations successives est applicable tant que le pus de la plèvre ne sera pas fétide, ne sera pas mélangé de gaz dus à une décomposition putride ou venus du dehors. Les circonstances contraires devraient faire renoncer à cette opération si simple, dont l'insuffisance n'est alors plus discutable. Il faut dans ce cas recourir soit au drainage, soit à l'empyème. Alors même que le pus retiré de la plèvre n'a aucune fétidité, si l'on voit après la ponction la température ne point s'abaisser, l'enfant rester languissant, ne pas recouvrer son appétit et demeurer sous le joug d'un état hectique imputable à la seule présence du pus dans la plèvre, il sera urgent de recourir de bonne heure à une opération et surtout à l'empyème. M. Fonson cite encore un fait dû à M. Moizard et observé dans le service de M. Bergeron, fait dans lequel quinze ponctions successives donnèrent toutes écoulement à un pus sans odeur; mais à la suite de la quinzième ponction, la température ne s'étant pas abaissée, l'enfant languissant, ayant un peu de diarrhée, une anorexie complète, on se décida à pratiquer l'empyème. À partir de ce jour l'enfant alla mieux, il engraisa rapidement et cinq mois après l'opération il était complètement guéri sans persistance de la fistule thoracique. (*J. de Méd. et de Chir. prat.*)—*Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

—

**Epilepsie et bromure de potassium.**—Le professeur ROBERTO (Adriani), étudiant le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium, conclut ce qui suit.

On peut donner pendant longtemps ce médicament, même à doses élevées et jusqu'à 30 grammes, à la condition qu'il soit bien pur et qu'il trouve ouvertes ses voies normales d'élimination, les reins.

Les accidents qui pouvant résulter de l'emploi prolongé, à haute dose, du bromure de potassium, sont l'*acné*, bénigne le plus souvent; la *stomatite* avec haleine fétide; le *catarrhe bronchique*; l'*ataxie* ou l'*asynergie* musculaire. Il est facile du reste d'éviter ces accidents.

Le catarrhe des bronches résulte moins des doses massives que l'insuffisance de l'élimination par les reins.

L'ataxie peut être le fait de l'épilepsie et ne dérive pas à coup sûr de l'administration trop large du médicament.

La faiblesse nerveuse ou musculaire, caractérisée par l'hébé-

tude, l'apathie, l'étourdissement, la titubation, devrait être attribuée au bromate de potasse plutôt qu'au bromure de potassium, car ce sont là les effets habituels de ce sel chez le chien, effets qui peuvent se reproduire chez l'homme.

Le bromure de potassium manifeste sa puissance curative dans tous les cas d'épilepsie, à la condition toutefois d'élever graduellement ses doses lorsqu'elles paraissent insuffisantes et de les pousser même jusqu'à 30 grammes par jour.

Cette puissance curative est surtout réelle contre l'attaque convulsive; mais elle a moins de valeur dans les manifestations protéiformes de l'épilepsie.

On doit, pour obtenir des effets durables, poursuivre l'administration du bromure de potassium pendant des années.

Ce médicament ne triomphe bien attendu que des épilepsies idiopathiques. Toutefois il rend des services réels en modérant les attaques, même alors que le névrose a déjà produit des altérations organiques ou bien qu'elle résulte de lésions du système nerveux cérébro-spinal. Il empêche encore les lésions de s'accroître.

Chez l'épileptique et aussi chez l'aliéné, le bromure peut arrêter la dégradation morale ou intellectuelle et retarder le moment de la démence. (*Gaz. delle cliniche, et Bordeaux méd.*)  
—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

**Effets toxiques de la santonine.**—M. Labbé donne dans le *Journal de thérapeutique* du 25 novembre une série d'observations qui sont de nature à éveiller l'attention sur les dangers de la santonine.

L'auteur attribue les accidents observés à la suite de l'administration de ce médicament à l'action dépressive qu'il exerce sur le système nerveux central, et plus spécialement sur l'isthme de l'encéphale. Il signale comme un des premiers symptômes un état de malaise indéfinissable, de l'agitation, un sentiment de terreur, de la céphalalgie frontale, de l'insomnie, de l'inaptitude à tout travail intellectuel ou physique, de la stupeur, puis des convulsions épileptiformes, des grincements de dents, parfois de l'opisthotonos, et enfin un coma profond avec résolution musculaire, et perte de connaissance complète.

Du côté des voies digestives, on trouve des crampes d'estomac, des douleurs abdominales violentes, des nausées, des vomissements, de la diarrhée; du côté des voies urinaires, de la dysurie, de l'ischurie, de l'hématurie, et dans la période du coma, l'émission involontaire et inconsciente des urines.

Celles-ci sont colorées en jaune orangé et présentent, d'après Schmidt, les réactions de l'urine bilieuse; il semble qu'il y ait sous l'influence de la santonine suppression des fonctions du foie et rétention dans le sang des éléments biliaires, comme dans le cas de l'atrophie jaune aiguë du foie.

La respiration est habituellement embarrassée, stertoreuse, difficile. Le pouls est ralenti, et enfin on observe un abaissement notable de la température.

La vision est troublée d'une façon à peu près constante; les pupilles sont dilatées, insensibles à la lumière, parfois on signale une amaurose passagère, mais le symptôme le plus ordinaire, c'est une dyschromatopsie spéciale qui fait voir les objets colorés en jaune, en rouge orangé, ou en vert.

Pour produire tous ces accidents, il n'est pas toujours besoin de doses bien fortes. Dans une observation publiée par Binz en 1877, nous les voyons survenir chez un enfant de 25 mois à la suite de l'administration de 5 centigrammes de santonine, et chez ce petit malade la résolution musculaire consécutive aux convulsions fut telle qu'on fut obligé de pratiquer la respiration artificielle.

L'absorption de la santonine ne se fait pas très-rapidement. L'alcalinité des sucs gastrique et intestinal rend difficile et lente sa dissolution et par suite sa pénétration dans le sang. Aussi les accidents d'intoxication ne se développent-ils souvent que très-tardivement. Chez le malade de Binz, ils ne commencèrent qu'au bout de 10 heures, et n'arrivèrent à leur apogée qu'à la quinzième heure.

De ce fait résulte l'indication de recourir dans tous les empoisonnements par la santonine à l'administration des purgatifs qui, malgré l'éloignement du moment où a été donné le vermifuge, ont toujours la chance d'en trouver une proportion encore notable dans les voies digestives.

Lorsque la santonine a pénétré dans la circulation, sa voie d'élimination est du côté des reins. De là une autre indication dans ce genre d'empoisonnement, le retour aux diurétiques.—*Journal de thérapeutique*, 25 novembre 1878.—*Lyon médical*.

---

Sur l'altérabilité du calomel et sur les précautions à prendre pour son emploi en thérapeutique.—Mialhe et Laroque ont montré que le calomel pouvait donner naissance, dans l'organisme, à du bichlorure de mercure, sous l'influence des chlorures alcalins de l'économie. Polk a récemment signalé ce fait, quo des phénomènes d'intoxication pou-

vaient survenir après l'administration d'un mélange anciennement préparé de calomel et de sucre, ou de calomel et de magnésie. M. Jolly a repris toutes ces questions si importantes en thérapeutique, et il est arrivé aux conclusions suivantes : les alcalis et leurs carbonates, les bases terreuses transforment avec plus ou moins d'activité le calomel en sublimé corrosif ; le sucre blanc et raffiné n'exerce aucune action sur le sel mercuriel ; comme les sucres bruts sont souvent acides (sucres des colonies) ou alcalins (sucres de betteraves) à cause de la petite quantité d'hydrate de chaux qu'ils renferment ; c'est donc aux impuretés du sucre et à l'action de celles-ci sur le calomel qu'il faut imputer les phénomènes d'intoxication observés par Polk.

La conclusion pratique du travail intéressant de M. Jolly, c'est que, lorsqu'on emploie le calomel à l'intérieur, il faut éviter d'associer ce sel aux acides, aux alcalis, aux chlorures et au sucre brut.—*Gaz. méd. de Paris*, 9 nov. 1878.—*Lyon médical*.

—

**Note sur l'emploi de l'écorce de tige de grenadier contre le tænia inerme.**—Il ressort des expériences comparatives faites par M. le docteur Béranger-Féraud, à l'hôpital Saint-Mandrier, les conclusions suivantes.

1<sup>o</sup> Le grenadier a donné à Saint-Mandrier des résultats plus heureux que les autres tæniifuges ;

2<sup>o</sup> L'écorce fraîche a paru préférable à l'écorce sèche ;

3<sup>o</sup> L'écorce de tige a donné des meilleurs résultats que l'écorce de racine ;

4<sup>o</sup> L'écorce de tige provenant d'une branche saine prise sur un arbre vigoureux est beaucoup plus active que l'écorce de tige d'un arbre souffreteux.

Le médecin de l'hôpital Saint-Mandrier emploie 60 grammes d'écorce de tige de grenadier qu'il fait bouillir dans 750 gr. d'eau jusqu'à réduction à 500 grammes.—*Bulletin de thérapeutique*, 15 novembre 1878.—*Lyon Médical*.

—

**Injectons hypodermiques de pilocarpine dans trois cas d'urémie.**—Ces trois observations où l'injection a donné d'heureux résultats appartiennent au docteur Goltammer (de Berlin). Dans la première, il s'agissait d'un homme de 29 ans, atteint de néphrite chronique depuis près d'une année, et apporté à l'hôpital de Béthanie le 3 février 1878. L'urémie se traduisait chez lui par de violentes crises éclam-

tiques. Le docteur Goltammer lui fit, à un quart d'heure d'intervalle, deux injections sous-cutanées de deux centigrammes de pilocarpine chacune. Des sueurs profuses en furent la conséquence; elles débutèrent quatre minutes après la première injection, et depuis ce moment il n'y eut plus de nouvelle crise. Le malade mourut sept mois plus tard de phthisie pulmonaire sans avoir présenté de nouveaux accidents d'urémie.

La deuxième observation a trait à une jeune femme de 25 ans, arrivée à cinq mois de grossesse et frappée d'éclampsie. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, elle était dans le coma et il y avait deux jours que les crises se répétaient à intervalles rapprochés. Une anasarque généralisée et l'état albimieux des urines ne laissaient aucun doute sur la cause première de l'éclampsie. Deux injections de pilocarpine lui furent faites à vingt minutes de distance, et là encore une abondante transpiration qui commença cinq minutes après la première injection vint mettre fin aux accidents éclamptiques. L'avortement survint trois semaines plus tard.

La troisième observation concerne une fille de 22 ans, atteinte de néphrite albumineuse consécutive à la scarlatine. Au quatorzième jour de son séjour à l'hôpital, elle fut prise pendant la visite deux crises éclamptiques qui se succédèrent à court intervalle. Deux injections de deux centigrammes furent pratiquées en vingt minutes et amenèrent, comme chez les deux autres malades, une diaphorèse abondante qui mit fin aux crises. L'œdème persistant, on continua à pratiquer tous les jours une injection de deux centigrammes, et, grâce à ce traitement, on obtint en six semaines une guérison complète. (*Medical Wochenschrift*, 1878, n° 49, et *Pester medizinisch chirurgisch presse*.—*Lyon médical*.)

**La tuberculose considérée comme une maladie infectieuse**, par le Dr REICH (*In Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 37, 16 sept. 1878). — Dans son intéressant mémoire, le docteur Reich rapporte des faits très-curieux destinés à apporter un nouvel appui à l'opinion qui tend à se répandre dans la science médicale sur le caractère infectieux de la tuberculose. La ville de Neuenburg possédait deux sages-femmes, dont l'une était tuberculeuse, (phthisie pulmonaire confirmée, cavernes et crachats purulents), l'autre était bien portante. Or, du 11 juillet 1875 au 20 septembre 1875, moururent dans cette ville, du méningite tuberculeuse, dix enfants, nés 4 avril 1875 au mai 1876. Ces dix enfants ne présentaient aucune prédis-

position héréditaire à la tuberculeuse et tous les dix avaient été mis au monde par la sage-femme atteinte de phthisie; des enfants mis au monde par la sage-femme saine, aucun n'avait succombé à une affection tuberculeuse. La sage-femme malade avait l'habitude d'éloigner par la succion, pratiquée de bouche à bouche, les mucosités qui embarrassent les premières voies des nouveaux-nés, et d'insuffler, également de bouche à bouche, de l'air dans les poumons des enfants qui naissaient dans un état légèrement asphyxique. Dans les trois cas observés par l'auteur lui-même, l'affection avait débuté par de la bronchite. Il ajoute encore cette remarque que la méningite tuberculeuse n'était pas endémique à Neuenburg. Malheureusement il n'y eut point d'autopsie, et on ne put suivre les étapes parcourues par le virus pendant la période d'incubation, qui fut généralement de trois mois depuis son introduction supposée dans les voies respiratoires jusqu'au moment de l'envahissement des méninges. Reich conclut de ces observations que la tuberculose est transmissible et propose de faire des expériences d'inoculation ou d'inhalation dans les conditions suivantes : 1<sup>o</sup> choisir des animaux nouveaux-nés ou très jeunes; 2<sup>o</sup> les soumettre à quelques inhalations énergiques du virus tuberculeux, les bien nourrir et attendre les premières manifestations de la tuberculose; 3<sup>o</sup> prendre pour les expériences du pus frais recueilli dans les cavernes, si l'inhalation bouche à bouche est impossible.—Dr H.—*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire.*

**Importance des données thermométriques au point de vue du diagnostic du cancer de l'estomac.**  
—À propos des affections abdominales, M. Peter relève un fait de thermométrie clinique.

Le médecin croit avoir affaire à une maladie de l'estomac; il ne trouve pas la preuve matérielle de l'existence d'un cancer, mais il en a l'intuition. Dans ce cas, l'application du thermomètre a une réelle importance.

Appelé en consultation par notre très distingué confrère, M. Leulet (de Rouen), pour un homme de 52 ans qui paraissait atteint dans ses œuvres vives, la percussion pratiquée en dédoulant indiquait certains points de matité.

C'est dans ces conditions que M. Peter eut recours à l'application thermométrique pour éclairer les obscurités du diagnostic.

Au creux épigastrique, le thermomètre marquait 37° 5 (on sait que la température normale de l'épigastre, chez l'individu

sain, est de 35° 5). Dans les dyspepsies non douloureuses, atoniques, la température reste invariable. Cette notion suffit à l'éminent professeur pour poser le diagnostic : cancer de l'estomac.

Il résulte en effet, de ses recherches que la température au niveau d'une lésion cancéreuse s'élève à 1°, 1° 5 au-dessus de la normale. Il n'y a pas dans ce cas phlegmasie, mais irritation. Le fait lui paraît significatif. Dans la gastralgie simple, il peut y avoir élévation de la température, mais elle est éphémère et ne dure que le temps de la douleur. C'est un fait intéressant, parce qu'il fait comprendre que, même dans le cancer, un cautère à l'épigastre, appliqué d'une façon opportune, peut faire cesser l'hypérémie sans parler des imposantes déductions diagnostiques que l'on peut tirer de ce moyen. (*Soc. clin. de Paris.*) — *Revue de Thérapeutique méd.-chirurgicale.*

L'iodoforme en Thérapeutique.— Le professeur MOLESCHOTT, de Turin, au dire du *Nederlandsche tydscrift voor geneeskunde*, place cet agent avec un véritable enthousiasme. Il le considère comme le meilleur résolutif connu dans tous les cas d'engorgement ou d'infiltration ganglionnaire chronique. Dans la proportion de 1 partie d'iodoforme pour 15 parties de graisse ou de collodion élastique, il en obtint les effets les plus surprenants. Dans un cas de leucémie avec splénoécèle, des frictions locales répétées pendant longtemps, une à deux fois par jour, aidèrent à la résolution de la rate. Les orchites traitées de cette manière sont amenées à résolution au bout de cinq à huit jours. Dans trois cas désespérés d'hydrocéphale aiguë, Moleschott croit devoir attribuer la guérison survenue aux frictions, à l'aide du collodion iodoformé, de la nuque, de l'apophyse mastoïde, de la région temporale et du front.

On obtient encore, d'après lui, d'excellents résultats de ses frictions à l'iodoforme dans les épanchements de la plèvre, du péricarde, du péritoine, des séreuses articulaires (surtout dans les rhumatismes aigus) ; à tel point que dans l'ascite, par exemple, le professeur de Turin ne se résout à la paracentèse qu'après avoir dûment insisté sur son moyen favori.

« Antiphlogistique, résolutif, fondant, favorisant les résorptions et calmant la douleur dans tous les cas, depuis la névrite jusqu'à la méningite tuberculeuse, depuis les engorgements des vaisseaux lymphatiques jusqu'aux épanchements séreux, depuis les accès de goutte jusqu'à l'hygroma, l'iodoforme embrasse un champ d'action aussi vaste que la quinine et l'eau

froide, et serait vraiment un remède miraculeux—ainsi parle Moleschott - s'il n'avait aussi ses inconvénients."

Parmi ceux-ci, il faut citer son odeur désagréable et pénétrante pour l'usage externe, les dérangements d'estomac provoqués par son usage interne. Pour cet usage, Moleschott indique la dose de 10 à 20 centigrammes en pilules, comme succédané de la digitale; et dit en avoir obtenu des effets là où ce dernier médicament était resté inactif.

Pour l'usage externe, il recommande de recouvrir les parties frictionnées à l'aide de papier gutta-percha et de tenir le remède à l'abri de la lumière, afin d'en empêcher autant que possible la décomposition.

L'action de l'iodoforme ne saurait être comparée ni à celle de l'iodure de potassium ni à celle de l'iode libre. "Je lui prédis, ainsi finit le professeur de Turin, un grand avenir." (*Arch. méd. belges*).—*Revue de Thérapeutique médico-chirurg.*

—

**Emploi des hautes doses de suc de citron dans le rhumatisme articulaire.**—Le Dr CHANDLER appelle de nouveau l'attention de ses confrères sur ce mode de traitement déjà ancien, dont il n'a qu'à se louer. Sans beaucoup se préoccuper de l'état de l'intestin, il prescrit pour commencer 10 onces de jus de citron, et augmente successivement jusqu'à 15 ou 24 par jour. On donne au patient une demi-once ou une once et plus chaque heure de ce liquide étendu deux ou trois fois d'eau froide et sucrée suivant le goût du sujet. Le deuxième jour on note déjà une amélioration marquée; le rhumatisme aigu cède généralement le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour du traitement.

D'ordinaire H. Chandler ajoute à ces prescriptions 0,06 centigrammes d'opium, avec ou sans plomb et tannin, matin et soir, de façon à prévenir la diarrhée qu'entraîne l'usage du jus de citron.

Voici les faits observés: diminution rapide du gonflement des jointures et des sueurs; chute profonde du pouls qui se ralentit souvent beaucoup, au point qu'on voit se produire une légère tendance à la syncope. Dans la majorité des cas l'auteur fait prendre de la quinine le 6<sup>e</sup> jour et prescrit l'alimentation. (*Canada Lancet, et J. de thérap.*)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

—

**Traitement de la trichinose par l'extrait d'ergot.**—  
 ROUDE, dans un cas de trichinose où le sujet avait une épitaxie inquiétante, administra comme styptique l'extrait d'ergot. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, et bientôt on nota une amélioration générale manifeste. Ce succès conduisit l'auteur à prescrire l'ergot dans d'autres cas de trichinose, et le résultat fut également satisfaisant. Rohde pense que l'ergot, inoffensif pour l'organisme humain, peut être fatal pour les trichines et leur progéniture. (*Berliner klin. Wochenschrift*).—  
*Revue de Thérapeutique médico chirurgicale.*

—

**Thérapeutique infantile.**— Nous lisons le bulletin thérapeutique de la *Gazette obstétricale* :

Le docteur LA VIEILLE a étudié, dans le service du docteur Archambault, l'action du salicylate de soude chez les enfants atteints de rhumatisme. Il a observé les bons effets de cette médication, qui est toujours supportée et ne produit pas chez l'enfant de troubles sensoriels, on commence par 2 grammes purs et on va jusqu'à la dose de 6 grammes, dose qui ne doit pas être dépassée. Voici d'ailleurs les conclusions du docteur La Vieille :

Le salicylate de soude est le médicament qui nous semble devoir être préféré. Il fait disparaître les manifestations articulaires presque instantanément, il abaisse la température et surtout n'occasionne pas de troubles sensoriels. Pour éviter les rechutes, il est bon de continuer le salicylate pendant quelques jours, et à doses décroissantes.

Le docteur Guinaiseau, qui a observé, de son côté, dans le service de son maître le docteur Bergeron, à l'hôpital Ste. Eugénie, les effets de la médication salicylée, est arrivé aux mêmes conclusions : le salicylate ne produirait aucun troubles sensoriels, il calmerait les douleurs et abaisserait la température.—*Revue de Littérature médicale.*

—

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

**Quelques modes de traitement de l'hémorrhagie post partum.**—Nous rapprochons à dessein, en les empruntant à l'*Union Médicale*, au *British medical*, au *Journal de thé-*

*rapetitive*, quelques modes de traitement de l'hémorrhagie puerpérale.

1<sup>o</sup> *Injections sous-cutanées d'ergotine contre l'hémorrhagie puerpérale.*—*Grose.*

R. Ergotine de Boujean 0 gr. 30 centigr. Glycerine pure et hydrolat de roses q. s. pour dissoudre.

Pour combattre l'hémorrhagie consécutive à l'accouchement, on injecte sous la peau la solution ci-dessus, et, d'après l'auteur, l'effet est plus rapide que quand l'ergotine est administrée par la bouche. Elle a également employée avec succès dans un cas d'hémorrhagie consécutive à un avortement.—Si la première injection sous-cutanée d'ergotine est insuffisante, on en pratique une seconde au bout d'un quart d'heure, et c'est seulement en cas d'échec de la seconde qu'on peut recourir au perchlorure de fer.

2<sup>o</sup> *Injections intra-utérines d'eau-de-vie.*

Le docteur Ricketts conseille un autre moyen d'arrêter l'hémorrhagie post-puerpérale : il injecte dans l'utérus de 30 à 60 grammes d'eau-de-vie, et s'il n'a point de seringue sous la main, il introduit une éponge mouillée d'eau-de-vie ou d'esprit de vin dilué. À l'aide de ce procédé, l'auteur a pu se rendre maître de l'hémorrhagie, et il a senti le pouls se relever, sans avoir à craindre les inconvénients qui résultent de l'introduction des stimulans dans le tube digestif. On sait en effet que ces derniers, en augmentant l'action du cœur, rappellent parfois l'hémorrhagie.

3<sup>o</sup> *Injection intra-utérine d'eau à 43°.*

Suivant le Dr Atthill, de Dublin, le moyen le plus efficace d'arrêter la perte, après l'accouchement, c'est l'injection d'un astringent tel que la solution du perchlorure de fer dans l'utérus. C'est un traitement qu'il recommande malgré ses dangers; toutefois on n'a pas toujours à sa disposition du perchlorure de fer. En outre, l'introduction de la main dans l'utérus, qui parfois réussit bien, n'est pas inoffensive et peut échouer. Le traitement banal par le froid appliqué extérieurement ou dans la cavité utérine exige que la malade ait une vitalité suffisante pour réagir, et il est positivement nuisible quand la femme est débilitée par une affection antérieure, affaiblie par des douleurs prolongées ou bien épuisée par des pertes de sang petites, mais répétées.

D'ordinaire on peut arrêter la métrorrhagie qui suit l'expulsion de l'enfant ou celle du placenta par la compression éner-

gique, soutenue, du fond de l'utérus et l'usage du froid, mais il est une hémorrhagie beaucoup plus inquiétante, c'est celle où l'on voit le sang s'écouler d'une façon incessante, l'utérus se relâchant ou se contractant alternativement. Le cas se présente assez souvent chez les femmes affaiblies, et alors l'application du froid est mauvaise ou inutile. Le Dr Atthill, dans une circonstance de ce genre où les moyens habituels avaient échoué, eut un succès complet en appliquant des boules d'eau chaude aux pieds et frictionnant l'utérus. Dans un autre cas analogue, il employa l'eau chaude. La canule d'une seringue avait été enfoncée dans la matrice jusqu'au fond, et le fond de l'utérus étant maintenu à l'aide de la main, il fit une injection d'eau à 110° F. (43°, 29). La matrice se contracta aussitôt, comme s'il avait fait une injection de perchlorure de fer. En très peu de temps, probablement avant même d'avoir injecté une pinte d'eau chaude (0 litre, 567), le liquide ressortit du vagin à peu près clair, le pouls se releva, de sorte que l'injection peut être arrêtée. On appliqua un bandage peu après. La malade guérit bien et rapidement.

Chez une femme ayant un corps fibreux de l'utérus qui eut une métrorrhagie grave après l'accouchement, l'injection arrêta à la fois les pertes et les douleurs.

Atthill attribue au Dr Windelband le mérite de l'idée des injections d'eau chaude, moyen sûr, efficace d'arrêter les hémorrhagies *post partum* aussi bien que celles qu'on observe après les opérations ou dans les maladies chroniques de l'utérus. La température de 110° F. (43°29) n'a pas besoin d'être absolument précise. On peut injecter de l'eau dans laquelle la main plongée ne reçoit pas d'impression désagréable. Audessous de 100° F., cependant, il y a moins de sécurité. Il est encore important de bien engager la canule de la seringue jusqu'au fond de la matrice, au moins assez avant dans sa cavité.

#### 4° Hémorrhagie utérine.—Emploi de fortes doses de térébenthine.

J'ai accouché, dit le Dr Pollard, de Torquay, le 10 février, M<sup>me</sup> W., âgée de 36 ans, femme grosse mais de flasques fibres musculaires. Le travail avança bien, le placenta fut extrait cinq minutes après la naissance de l'enfant. Comme à son précédent accouchement, cette dame avait eu une forte perte utérine, j'avais déjà donné préventivement une pleine dose d'ergot, et j'appuyai ma main sur le ventre pour surveiller les contractions utérines. En peu de minutes arriva une forte hémorrhagie, que ni l'ergotine, ni les injections d'eau froide, ni l'enlèvement de caillots, ni le massage de l'utérus ne parvinrent à conjurer. La matrice se contracta bien un peu, mais

se relâchait peu après, la perte continuait et la femme devenait froide et sans pouls. A ce moment, je lui donnai une demi-once de térébenthine frappée et avec un œuf : en moins de cinq minutes, je sentis la contraction de la matrice, qui devint dure, le globe se formait, l'hémorrhagie cessait, et la patiente reprit très-vite ses forces.

L'auteur dit qu'un accoucheur de grande expérience lui a assuré qu'à chaque accouchement il prend toujours avec lui de la térébenthine, et que ce remède ne l'a jamais trompé.

Le docteur J. G. Swayne, de Clifton, dit qu'il a donné ce remède depuis longtemps à la même dose, toujours avec succès, et qu'il l'a recommandé déjà dans la première édition de ses *Obstetric Aphorisms*, livre publié en 1856.

M. E. J. Tilt, de Londres, dit qu'il prône le même remède à la page 238 de son livre intitulé : *Hand book of Uterine Therapeutics*, et que dix ans auparavant M. Bradley, de Martly, a recommandé une demi-once de térébenthine avec du lait contre les hémorrhagies *post partum*.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

**Double ovariectomie : transfusion de lait.** — Après une double ovariectomie, le professeur GAILLARD-THOMAS ayant trouvé sa malade dans le collapsus le quatrième jour de l'opération, résolut d'essayer la transfusion de lait. Il injecta 8½ onces de ce liquide, préalablement bouilli, dans une veine du bras. Une heure après, frisson ; 150 à 160 pulsations et température de 40° C. Mais bientôt ces accidents se calmèrent, la malade s'endormit. Trois semaines plus tard elle était bien. (*Med. chir. Rundschau*.)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

**Poudre tonique.** — (J. SIMON).

Poudre de quinquina jaune.....	3ij
Craie préparée.....	3ij
Rhubarbe.....	ʒj
Sous-carbonate de fer.....	ʒj

Une pincée pendant chaque repas.

## VARIÉTÉS

**Le vaccin thymolisé.**—Le thymol (acide thymique) qui semble présenter de réels avantages sur l'acide phénique, a titre d'antiseptique, le thymol, disons-nous, a été employé avec succès à la conservation du vaccin. Voici ce que dit à ce sujet le professeur Hermann Kohler (de Halle) dans une communication qui a trait à ses expériences et à celles du Dr Hussner son assistant.

1<sup>o</sup> Une solution de thymol (une partie de thymol pour 1000 p. d'eau) ajoutées par parties égales à du vaccin frais, prévient chez celui-ci toute décomposition sous l'influence de l'air, de l'humidité et de l'élévation de la température de l'air atmosphérique aussi sûrement qu'énergiquement; et 2<sup>o</sup> malgré sa puissance de s'opposer à la décomposition, inoculé avec la lymphe, il n'apporte cependant en aucune façon de préjudice au développement normal et heureux des pustules, qui se fait exactement dans le même temps que si l'on avait employé un vaccin humanisé non mélangé. De sorte que je fais ouvrir les vaccinales comme d'habitude, puis recueillir la lymphe qui en découle dans de petits tubes capillaires appropriés. Aussitôt on rassemble le contenu de tous les tubes sur un verre de montre (en soufflant par l'autre bout des tubes pour en faire sortir le vaccin); après quoi, autant il a été versé de tubes de vaccin, autant je fais ajouter de tubes remplis exactement à la même hauteur de la solution thymol à (1/1000). J'obtiens ainsi un vaccin thymolisé ou thymol-vaccin qui jusqu'ici n'a pas manqué dans un seul cas, bien que (comme pour le vaccin glycéro-vaccin) le volume ait doublé par sa dilution dans un poids égal de solution de thymol. L'inoculation avec le thymol-vaccin n'est pas plus douloureuse que l'inoculation ordinaire avec le vaccin humanisé ou le vaccin glycéro-vaccin, et pas une seule fois elle n'a occasionné d'accidents phlegmoneux. Au contraire, je n'ai observé jusqu'ici que des pustules qui ne laissent rien à désirer comme beauté du développement, et régularité de l'évolution.

Si donc l'on est, autant que possible, convaincu, en se fondant sur de nombreuses recherches, de l'action désinfectante exercée par le thymol en solution aqueuse peu concentrée sur le vaccin comme sur les autres liquides animaux, et qu'en même temps l'inoculation du thymol-vaccin ne préjudicie en rien au développement des pustules vaccinales, il sera bon, en

particulier pendant la saison chaude, de se tenir approvisionné et de n'expédier que du vaccin humanisé mélangé de thymol dans les proportions ci-dessus indiquées qui se conserve très bien dans de petits flocons bien bouchés comme on en trouve dans les pharmacies de famille, apparemment pendant un temps illimité, sans perdre son inoculabilité. J'ai moi-même formé du thymol-vaccin, qui a été inoculé avec succès, à un grand nombre de médecins vacinateurs de la province, après qu'ils eurent entrepris une paire de douzaine de vaccinations pratiquées parfaitement réussies avec de la lympho prise sur des vaccinifères choisis, et observe ici à l'institut de vaccination l'évolution régulière et normale de toutes les pustules réduites par le thymol-vaccin, les priant de s'en servir pour les prochaines vaccinations et les invitant à en faire connaître les résultats dans des tableaux appropriés. (*Monit. Thérap. Revue de Therapeutique medico-chirurgicale.*)

Recherches sur l'infection et l'immunité vaccinales par M. MAURICE RAYNAUD.—Voici les conclusions de son mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. Maurice Raynaud :

1. *En ce qui concerne le bouton vaccinal nécessaire pour l'immunité au lieu :*

Celle-ci se produit même lorsqu'après l'inoculation sous-épidermique on empêche, par un article expérimental la naissance du bouton de vaccin.

2. *En ce qui concerne le système nerveux :*

a. Le système nerveux reste complètement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section probable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets.

b. Cette interruption du courant nerveux ne modifie même pas sensiblement la marche de la pustule vaccinale.

3. *En ce qui concerne le sang :*

a. L'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal ne donne jamais la vaccine ; cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique.

b. La transfusion, même à doses excessives, de sang vaccinal n'est, le plus souvent, suivie d'aucun effet remarquable ; après comme avant, l'animal reste apte à contracter la vaccine.

c. Il est possible, cependant, que, dans quelques circonstances, la transfusion produise, chez l'animal récepteur, l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur.

d. Mais alors même, l'immunité, ainsi acquise, ne serait pas transmissible par une seconde transfusion.

e. D'après tous ces faits, il est infiniment peu probable que ce soit par le sang, en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4. En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques :

a. L'inoculation sous-épidermique du lymphé provenant d'une région vaccinée et prise en deçà du ganglion plus proche, a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal.

b. Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphé dans le sang d'un cheval, j'ai réussi à déterminer l'apparition du *horse pox*.

c. Cette lymphé paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte.

5. En ce qui concerne les ganglions lymphatiques :

a. Après les vaccinations normales, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnu, et justifie le nom de *bubon vaccinal* dont je me suis servi. Le bubon est indolent et sans réaction inflammatoire.

b. Cependant, l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelle époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine.

c. Il est donc possible, en définitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique, entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. À partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus.

d. Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunité : deux faits simultanés et corrélatifs. Mais ce ne pourrait être affirmé qu'autant que l'intervention des ganglions serait démontrée indispensable. Or, cette affirmation est difficile en présence des faits de réussite obtenus par l'injection directe du virus vaccinal dans les vaisseaux sanguins.

e. Ce qui est certain, c'est que le virus-vaccin, en passant par les ganglions lymphatiques, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale très importante à signaler au point de vue de la théorie générale des virus.— *Revue de littérature médicale.*

---

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1879.

*Rédacteurs :*

MM. LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE ET S. LACHAPELLE.

---

## Affaire Patton.—Expertise médicale.

Voici les faits :

Richard Patton est un citoyen respectable de Montréal, bien placé dans le monde financier, assuré pour un montant considérable. Un bon jour son nom vient grossir la liste des banqueroutiers, et quelque temps après, on le trouve mort, couché dans une voiture d'hiver, au fond de sa cour. L'enquête se fait.

MM. Shaw, Hutchison et Patton fils déclarent que le défunt souffrait depuis un certain temps d'une faiblesse intellectuelle assez prononcée. M. Shaw, cependant, dit qu'ayant pris son déjeuner avec M. Patton, le matin du jour où on le vit pour la dernière fois, il crut remarquer qu'il était mieux que d'ordinaire. Les médecins font l'autopsie : les organes sont sains, seulement l'estomac contient de la morphine et les analystes O'Leary, Reddy et Girwood concluent à l'empoisonnement.

Le jury ne prend en aucune considération l'opinion de la science et rend le verdict suivant : "Richard Patton, dans les derniers temps de sa vie, présentait un dépérissement visible, tant physique qu'intellectuel, et il est mort d'épuisement et de chagrin." Pendant l'enquête un des jurés posa la question suivante au Dr Reddy : Si la circulation du sang du défunt était assez faible pour amener une espèce d'engourdissement de ses mains, est ce qu'un chagrin profond et une prostration morale venant compliquer cette faiblesse ne devait pas mettre sa vie en danger ? Le docteur Reddy répondit : Non.

—Encore une fois, malgré cette réponse de l'homme de l'art, comme malgré l'analyse chimique, le jury rendit le verdict que nous avons rapporté plus haut. Le résultat, comme on le voit, a été autre qu'il était permis de le supposer. Il y a dans l'esprit du jury un doute sur la cause de la mort d'un individu, on consulte la faculté pour se renseigner, la faculté répond : "empoisonnement par la morphine ;" et le jury ridicule dit, lui,

ce n'est pas cela : "Patton est mort de chagrin !" Il n'y a eu aucun agent intermédiaire entre le *chagrin* et la mort, ni poison ni autre chose ! Mais, disent Reddy et Osler, les organes sont sains partout, il n'y aucune lésion morbide quelconque ! Q'importe, on répond de nouveau : Patton est mort de chagrin !

En présence d'un fait semblable, l'opinion publique s'est agitée, et avec raison. On s'est accusé de part et d'autre, on a supposé l'intérêt mis en jeu et le serment n'a été une sauvegarde pour personne. L'ignorance a nargué le savoir dont elle a fait fi, et la médecine légale n'a été qu'une vaine formule, et chose non avenue. Les médecins légistes ont réclamé et la société toute entière s'est demandée à elle-même où était sa protection. Cet aveu, qui suit tout naturellement le fait en question, nous le faisons à notre tour, et avec tous, nous nous disons : où en sommes-nous ?

Disséquons un peu.

Les analystes O'Leary, Girwood et Reddy n'ont examiné que l'estomac. C'est tout ce qui leur a été confié par l'autorité. (le foie, les reins, la vessie, les urines avaient été négligés, au lieu d'être sous les scellés secrets), cependant, ils ont trouvé ce qu'ils cherchaient et peut-être aussi ce qu'ils ne cherchaient pas : la présence d'un alcaloïde puissant dans l'estomac. Nous ne savons quelle quantité a été trouvée. Cette quantité aurait été plus considérable si les recherches eussent pu être prolongées plus loin, ainsi si les urines eussent été soumises à l'examen, nous sommes certain qu'elles auraient apporté leur contingent de l'alcaloïde trouvé ailleurs, à moins que la mort ne fût survenue longtemps après l'ingestion du poison, ce qui n'est point prouvé.

Cette question de quantité a été soulevée durant l'enquête par le jury et plus particulièrement par le coroner. On a répondu et avec raison que ce n'était pas le poison trouvé qui avait causé la mort, mais bien le poison absorbé et qu'ainsi il était difficile de déterminer la dose. C'était très complaisant de condescendre à une semblable question. En effet, pourquoi créer à l'expertise une semblable difficulté ? Pourquoi poser un problème dont la solution est impossible.

Légalement la question de quantité ne devrait jamais être posée, puisque, aux termes de la loi il y a crime d'empoisonnement lors même que la substance ingérée n'est pas en *quantité suffisante* pour donner la mort, qu'il *suffit* qu'elle soit de *nature à la donner*. Il n'y a que le cas où le toxique est une des substances qui peuvent être rencontrées naturellement dans le corps humain, qu'il est utile d'établir que la quantité recueillie est *quantité notable*, afin qu'alors on ne puisse le

confondre avec l'infiniment petite proportion naturellement contenue dans les organes.

Il y a déjà dans les détails que nous venons de rapporter de quoi surprendre le plus phlegmatique. L'autorité voulait la quantité et ne donne pas les moyens de l'établir en ne procurant à l'analyse qu'une partie des organes susceptibles d'être analysés; puis elle veut une chose qu'il est inutile de bien constater, comme nous le dit clairement le texte de la loi.

Continuons.

Nous admettons cependant qu'à l'homme non suffisamment initié aux notions scientifiques, il puisse arriver des erreurs aussi graves auxquelles il ne peut remédier que par l'expérience.

Le nocher dans son art s'instruit pendant l'orage,  
Il n'y devient expert qu'après plus d'un naufrage.

Passé pour le nocher. Mais ici nous croyons que l'indulgence est déplacée, et qu'accepter un semblable état de choses sans protester n'a pas sa raison d'être. Nous croyons donc que si une deuxième expertise était nécessaire, pour confirmer la première qu'on soupçonnait ne pas être assez établie, pourquoi ne l'a-t-on pas demandée? Nous ne pouvons nous empêcher de regretter que cette affaire importante n'ait pas eu pour théâtre un tribunal plus compétent, le résultat eut pu être plus scientifique et plus équitable.

Nous en sommes sur ce terrain de médecine légale au même point pourtant que plusieurs autres pays plus avancés que le nôtre; si on excepte l'Allemagne: cela soit dit sans murmure; la science n'a point de patrie, nous la prenons où elle se trouve. La toxicologie a bien fait des progrès depuis Orfila à Tardieu, mais sommes-nous toujours satisfaits de ses travaux; ou si elle n'est pas coupable, sont-ce les toxicologistes que nous devons accuser? Nous ne résoudrons pas le problème, mais nous nous permettrons quand même de mentionner les faits sur lesquels nous établissons notre opinion.

Chaussier et Orfila émettent sur le même fait deux opinions différentes: l'une que la morphine dilatait la pupille l'autre qu'elle la contractait; et tous deux avaient raison.. Mais l'un avait donné la morphine à faible dose chez l'homme, et l'autre à forte dose chez les animaux.

Pendant quinze ans on a sacrifié des milliers d'animaux pour étudier l'action toxique de l'arsenic. Enfin l'histoire symptomatique de l'empoisonnement est tracée; tous les livres reproduisent la même série et le même ordre de symptômes dans leur manifestation. Tout à coup apparaît un fait d'empoisonnement chez cinq personnes, dans lequel l'arsenic a été

donné dans un état peu habituel c'était de l'arsenic à chauler le blé. Alors se montrent des phénomènes tout différents et tels que les ouvrages techniques sont obligés d'inscrire deux ordres opposés de symptômes que peut développer l'arsenic. Un seul fait clinique avait plus appris que des milliers d'expérience. Mais voici qui est plus sérieux.

Une femme dans la force de l'âge, après avoir passé la soirée en parfaite santé chez les voisins, rentre chez elle, se couche, un quart d'heure s'écoule : le beau-père et le mari qui couchent dans une pièce au-dessus, l'entendent pousser un cri aigu, ils vont au dehors, appellent les voisins. Au moment de leur arrivée, elle est couchée à terre, sans connaissance elle a le bras gauche raide et la main gauche à demi fermée. Le bras droit est plié sur la poitrine; le ventre fait des soubresauts, ainsi que s'accordent à le dire tous les témoins, elle ne peut prononcer que ces mots : "Qu'ai-je fait cette nuit? Je suis perdue, à l'estomac, à l'estomac!" Puis elle expire au bout de quelques instants. La scène a duré vingt-trois minutes. A quelle cause attribuer la mort si inopinée, si rapide de cette jeune femme? Les premiers médecins chargés de l'expertise médico-légale, MM. Carbonne et Dresch ont conclu tout d'abord en raison de l'absence des vomissements, de déjections intestinales, de convulsions à une lésion pathologique. c'était alors le 6 avril 1876. D'autre part, l'autorité locale croit devoir instituer un enquête, et le 28 juin, trois mois après la mort les mêmes médecins, MM. Carbonne et Dresch procèdent à l'autopsie. Le corps leur apparaît dans un état de décomposition très avancé; les organes digestifs, les organes cardio-pulmonaires sont absolument intacts. La boîte crânienne est ouverte: les meninges apparaissent noires, sèches, n'étant plus accolées au cerveau sous-jacent, qui était réduit dans son volume, ramolli dans sa masse, mais non désagrégé. Des coupes horizontales pratiquées dans la mesure du possible, dans cette pulpe nerveuse différente, n'ont pas tardé à révéler, la présence d'un foyer hémorragique considérable dans l'émisphère droit, remplissant le ventricule. Le juge d'instruction a constaté dans le procès verbal d'autopsie : La présence de caillots de sang en assez grand nombre et qui tranchaient, par leur couleur, sur la masse centrale en bouillie grisâtre.

Tels sont les éléments de l'affaire Toulza qui s'est déroulée devant les assises de l'Ariège en janvier 1877.

Des rapports des docteurs Carbonne et Dresch il semblait donc résulter comme évidente la mort naturelle de Marie Toulza, mort due à une hémorragie cérébrale. Cependant un rapport de M. Filhal, le savant chimiste de Toulouse qui a

trouvé dans les organes de la victime un alcaloïde fixe, cristallisable, de saveur amère et dont les caractères ne se rapportent d'une manière complète à aucun des alcaloïdes étudiés, les dépositions du docteur G. Bergeron, appelé de Paris pour éclairer le juré se sont trouvés en opposition formelle avec les déclarations des premiers experts. M. Bergeron s'est appuyé sur les phénomènes légèrement tétaniques de la femme Toulza, sur la souffrance qu'elle a accusée du côté de l'estomac pour affirmer l'empoisonnement par la strychnine, l'état de décomposition du cerveau au bout de trois mois ne permettant pas, selon lui, à l'expert le plus habile de distinguer un caillot sanguin au milieu d'une masse cérébrale diffluente. L'opinion du savant légiste a prévalu: le jury a reconnu François Toulza coupable d'empoisonnement sur sa femme; mais en présence des contradictions de l'expertise médicale, il n'a pas voulu assumer jusqu'au bout la responsabilité de son verdict et a admis les circonstances atténuantes.

La même année, en Angleterre, dans le comté de Kent, l'affaire Staunton a donné lieu à des expertises contradictoires qui n'ont rien de bien rassurant.

Dans ces deux pays on s'est saisi de ces faits pour demander à grands cris les moyens de se mettre à l'abri de semblables inutilités. Il vient d'être alloué 150,000 francs en France pour les études médico-légales. Partout l'on travaille, et comment? l'on suit l'exemple de l'Allemagne, qui possède un noyau de médecins experts devenus très expérimentés, à qui on confie la besogne quand il y en a. Ici, au sujet de l'affaire Patton, nous avons bien nos conclusions à tirer, puisqu'il y a tout à créer. La contre-expertise que nous aurions aimé voir dans cette affaire n'aurait rien changé à la question, elle était simple, et le verdict qui a été donné demeurera toujours incompris. Mais puisque cela nous donne l'occasion de parler expertise, qu'attendons-nous pour créer cette branche parmi nous? Pourquoi n'avons-nous pas nos experts? Quand on en a besoin il faut souvent chercher longtemps avant d'en trouver, et puis quelquefois on est obligé d'en prendre deux au lieu d'un. Le gouvernement y ferait des économies, la science s'enorgueillerait de ce progrès, et la société en ferait son profit. Nous ne demandons pas pour cela ce que l'on est en train de faire ailleurs: à qui sait attendre succès est assuré. Ainsi ce serait splendide de voir la morgue de Montréal réformée en 1880, comme celle de Paris cette année. Il y aurait une salle d'autopsie bien éclairée, propre, munie d'un certain nombre d'appareils et d'instruments; de petits laboratoires pour faire les examens microscopiques et chimiques qui doivent être prati-

qués de suite; un chenil, une grenouillère, c'est-à-dire quelques animaux sur lesquels on puisse instituer les expériences nécessitées par certaines expertises; enfin des collections de pièces anatomiques, une chambre de moulage, un atelier de photographie, des poisons minéraux et végétaux. Ce serait une véritable école où nous pourrions avoir aussi notre Brouardel. Mais laissons cela à nos neveux. Pour le moment contentons-nous de ce que nous avons demandé il y a un instant.

Une autre conclusion à tirer. L'affaire Patton a donné lieu à un incident physiologique. Le colonel Jones, que nous respectons tous comme citoyen, ne peut exiger de nous comme juriste-médical des sympathies que tout le monde lui refuse. Dans le cas actuel nous ne savons pas jusqu'à quel point sa responsabilité et sa compétence sont à l'abri. Qu'il cède à l'homme de la science une place qu'il a occupée avec plus de dignité et d'honnêteté que de savoir. C'est un dédommagement, une restitution qui lui est demandée et qu'il ne refusera pas, nous en sommes certain.

### Un changement dans le personnel de la Rédaction.

Nos lecteurs apprendront avec autant de regrets que nous la retraite de M. le Dr Lamarche de la rédaction de l'*Union Médicale*. L'intérêt que nous portons à notre journal et le souvenir que nous conservons de nos relations avec le Dr Lamarche, nous font regretter doublement une séparation dont nous n'avions pas prévu la possibilité. Voici la lettre par laquelle M. le Docteur nous fait part de la nécessité dans laquelle il se trouve de discontinuer sa collaboration à l'*Union Médicale*:

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Ce que j'avais prévu est arrivé: je suis forcé de résigner entre vos mains ma charge de rédacteur de l'*Union Médicale*. C'est avec un regret extrême que je cesse de contribuer à cette œuvre philanthropique à laquelle je me suis si sincèrement intéressé pendant trois ans.

Je vous remercie sincèrement des égards que vous n'avez cessé de me témoigner depuis que je suis en rapport avec vous pour les affaires du journal et je vous prie d'agréer les vœux que je forme pour le succès de notre commune entreprise.

Veuillez bien, s'il vous plait, m'inscrire au nombre de vos

abonnés, je vous ferai tenir le plus tôt possible le montant de mon abonnement.

Ma carrière de journaliste n'a pas été de longue durée, mais elle me laissera assurément des souvenirs agréables.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Docteur,

Votre bien dévoué,

Montréal, 9 janvier 1879.

Dr A. LAMARCHE.

**Un succès.**—Nos félicitations les plus sincères à M. Azaric-Brodeur, actuellement à Paris et y suivant depuis plusieurs années les cours de la Faculté de Médecine. Ce monsieur a pris part au dernier concours de l'Internat; 305 candidats étaient sur les rangs et il est arrivé le 52<sup>me</sup>. Il se trouve par conséquent 12<sup>me</sup> Interne provisoire, les 40 premiers étant Internes titulaires.

**De retour.**—Nous apprenons avec plaisir le retour à Montréal de notre ami M. le Dr A. Piché qui était allé passer quelques mois à Paris pour y suivre les hôpitaux et compléter ses études médicales.

**Un bon exemple.**—Le traitement des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris est porté à quinze mille francs (\$3,000) par année. Si d'un côté l'on a droit d'exiger beaucoup de la part d'hommes que l'on rénumère si bien, d'un autre côté, il en coûte peu de faire des sacrifices pour atteindre une position aussi honorable et aussi lucrative.

### Brochures reçues.

*The treatment of the genito-urinary organs, the use of electricity, damiana, etc.*, by JOHN J. CALDWELL, M. D., of Baltimore.

*Rapport sur le concours d'agriculture*, par le docteur HUBERT LARUE, Québec.

### MARIAGE.

Au couvent des Dames de la Congrégation de St. Roch, le 14 courant, V. de L. Laurin, Ecr., Médecin, de la paroisse de L'Ancienne Lorette, à Dlle Marie-Joséphine Pâquet, fille de sieur Zéphirin Pâquet, de St. Roch de Québec.