

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MÉDICALE

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

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

Vol. II.

MARS 1880.

No. 3.

Le Médecin et les maladies contagieuses.

Chaque homme sur la terre a sa mission à remplir, mission accompagnée de joies et de peines, de satisfaction et d'inquiétude. Pour les uns, la vie est douce et le labeur léger ; pour les autres, le travail est ardu et l'existence pénible. Cependant la rémunération n'est pas toujours en rapport avec la longueur du travail et les difficultés à surmonter. Tel, pour qui le labeur est facile passe joyeusement sa vie dans le sein de l'abondance ; tel autre, qui consacre sa vie entière au travail le plus difficile, ne reçoit pour récompense et prix de ses services qu'une mince pitance.

Quoiqu'il en soit, chaque homme a des devoirs à accomplir ; et, parmi tous les hommes, un de ceux dont le labeur est le plus ardu et le plus rempli de difficultés est sans contredit le médecin. Ame dévouée et cœur sensible, le médecin prodigue ses soins avec une générosité qui ne se relâche ni la nuit ni le jour. La vue du danger ne ralentit pas son ardeur. A le voir auprès du lit des malades, au milieu des miasmes des maladies contagieuses, on pourrait le croire invulnérable. Plus la maladie est contagieuse, plus le médecin donne ses soins avec un redoublement d'ardeur ; le danger ne fait qu'exalter son courage et son dévouement. Pour

lui, que lui importe la vie, pourvu qu'il sauve ou prolonge la vie de ses semblables ? Aussi ses jours sont-ils continuellement en péril ; et, plus d'un déjà a payé tribut à la contagion des maladies qu'il traitait ; plus d'un a apporté dans sa famille le germe d'affections qui lui ravissaient les êtres les plus chers.

Le médecin est un homme, dont l'éducation a coûté très-cher. Si on calcule ce que valent les études classiques qu'il est obligé de faire, les connaissances médicales qu'il est tenu d'acquérir, on verra que son éducation représente un fort capital. Pendant ses études, il est dans l'incapacité complète de subvenir par lui-même aux nécessités de la vie. S'il le fait, s'il peut occuper une position lucrative, tout en ne négligeant pas ses études médicales, il trouve de gens assez bienveillants pour le lui reprocher : *Plusieurs suivent le cours pendant l'hiver, et au retour des zéphirs et du printemps ils redeviennent employés surnuméraires à la douane, etc.*

Le jeune étudiant d'hier parvient-il à obtenir le permis de donner ses soins aux malades, et de faire déborder sur ses semblables l'élan de sa charité, comment est-il rémunéré ? Pour la plus part des clients, le médecin est un heureux mortel, qui file ses jours dans l'abondance, sans soucis et sans inquiétude ; pour lui, la vie est d'azur, tout lui réussit à souhait. Et cependant, s'ils savaient les travaux immenses qu'exige la clientèle, les fatigues des veilles et des études, s'ils connaissaient les inquiétudes et les angoisses qui torturent l'esprit du médecin, aucun client n'envierait son sort. L'apanage du médecin, dans la pratique, est l'habit noir au dehors, et la pauvreté au dedans. Pour lui, le client n'a pas de rémunération à donner pour ses services ; il y a toujours moyen de s'accorder le superflu, mais l'on ne peut payer les veilles, les courses et les angoisses du médecin qui vient de sauver la vie.

Mais, a-t-on besoin de ses services et de son dévouement, de suite on le mande, que ce soit la nuit ou le jour, que la saison soit mauvaise ou agréable. Quant à lui, fidèle à la

voix du devoir, il quitte tout, repos, famille, études, pour courir au secours de ceux qui requiert les soins de sa charité. Même dans le cas de maladies contagieuses ou épidémiques, il est le premier sur la brèche. Si la providence veille sur ses jours et l'empêche de contracter la maladie, souvent cependant il en introduit le germe dans sa famille, et il sait qu'il a lui-même apporté les matériaux propres à lui enlever les objets les plus chers à son cœur. Pour tous ces travaux, et ces dangers, pour toutes ces angoisses, ces inquiétudes et ces peines, que reçoit-il en rémunération ou comme compensation ?

Dans le cours d'une maladie contagieuse ou épidémique, vient-il à contracter le germe de la maladie, en sacrifiant sa vie pour ses semblables, la mort vient-elle l'enlever à l'affection de sa famille, dans quel état laisse-t-il ceux qu'il a aimés ? La réponse est dans la bouche de tout le monde : Dans la pauvreté !

Voilà un tableau aussi pénible qu'exact de la position du médecin dans la société.

Jetons un coup d'œil sur certaines autres positions sociales, et établissons le contraste.

Si nous jetons un coup d'œil sur le service civil, nous voyons là une catégorie d'êtres que l'on serait tenté de considérer comme privilégiés. Régularité de la vie, travail assez facile, responsabilité insignifiante, rémunération généreuse, et à temps fixe, longs loisirs consacrés aux douceurs de la famille ou aux charmes de la société, ces heureux mortels semblent avoir tout à souhait. Leur survient-il par hasard quelque maladie, rien n'est dérangé quant aux émoluments qu'ils doivent recevoir. Deviennent-ils incapables de remplir leurs faciles devoirs, soit par maladie, infirmité ou vieillesse, le gouvernement s'empresse de les mettre à l'abri du besoin en leur accordant une généreuse pension. Viennent-ils à décéder dans l'exercice de leurs fonctions, le gouvernement vient en aide à leur famille éplorée.

Le gouvernement pousse même l'attention vis-a-vis ces

employés jusqu'à les protéger dans leurs dettes, en ne permettant de ne saisir que le tiers de leur salaire.

Cette classe, qui semble si privilégiée, comprend l'ensemble des juges et de tous les employés civils.

Mais, dira-t-on, ces personnes ont droit de vivre aux dépens de l'état, puisque tout leur temps, toute leur intelligence et toutes leurs capacités sont mis au service du public.

Eh quoi ! n'en est-il pas de même du médecin ?

Tout son temps, la nuit comme le jour, n'est-il pas consacré au service du public ?

Toute son intelligence et toutes les affections de son âme ne sont-elles pas à la merci du public ?

Toutes ses capacités et son habileté ne sont-elles pas employées exclusivement pour le bien-être public ?

Eh quoi ! où le public trouve-t-il un serviteur plus fidèle, plus ponctuel et plus amateur de son devoir ?

Les juges et les employés civils reçoivent, il est vrai, leur nomination du gouvernement ; et, à ce titre, l'état peut être tenu de veiller aux nécessités de leurs vieux jours. Mais, n'en est-il pas de même pour le médecin ? N'est-ce pas du Bureau Provincial de médecine, corps délégué par le gouvernement, qu'il reçoit sa licence pour pratiquer ? Même sa nomination, au lieu de la recevoir gratuitement comme les employés civils, ce n'est qu'à prix d'argent qu'il l'obtient. De plus, s'il ne renouvelle cette licence annuellement, il s'expose à se faire traiter comme un criminel, lui qui consacre sa vie entière au bien-être de la société.

De tout ceci, on peut conclure qu'il y a, dans les diverses positions sociales, une classe d'hommes privilégiés qui vivent sans soucis et sans inquiétudes, ni pour le présent ni pour l'avenir ; ce sont : les juges et tous les employés publics. Il y a, en outre, une autre classe d'hommes, les serviteurs de tous les serviteurs, qui passent leur vie dans les angoisses et dans les inquiétudes pour le présent et pour l'avenir ; ce sont : les médecins.

Il semble qu'il y ait là une anomalie déplorable.

Le médecin, autant sinon plus que tout autre, a besoin des faveurs du public. Si l'on accorde à un vieil employé civil une généreuse pension, pourquoi n'en ferait-on pas autant pour le médecin, qui devient malade ou infirme par suite des soins qu'il a donnés à certains malades? Si on accorde une pension aux veuves et aux orphelins des employés civils morts sur le champ du devoir, pourquoi n'en ferait-on pas autant pour les familles des médecins morts sur le champ de l'honneur et de la science?

Mais, dira-t-on, où prendre l'argent nécessaire pour subvenir à ces dépenses, comment trouver les moyens de payer ces pensions, soit aux médecins valétudinaires, soit aux familles de médecins décédés à la suite des maladies contractées dans l'exercice de leur profession?

Qu'on se rappelle les soins donnés gratuitement par des médecins dans les divers dispensaires, qu'on se rappelle les soins donnés gratuitement par des médecins dans les divers hôpitaux, qu'on se rappelle que ce sont les services gratuits des médecins qui épargnent au public *la taxe des pauvres* si lourde en d'autres pays, et l'on verra qu'il est très-facile de trouver les moyens de subvenir aux frais de solder ces diverses pensions, frais encore bien au-dessous de ceux que nécessiterait pour l'Etat l'entretien de dispensaires et d'hôpitaux pour la classe pauvre.

Nous est avis que le parlement durant la présente session devrait adopter une mesure à cet effet, de protéger, autant que les employés civils, les médecins qui ne sont après tout que les serviteurs les plus esclaves du public.

Le moment est d'autant plus opportun pour le Canada d'adopter une semblable mesure, que la profession médicale en France a adressé à la chambre des députés une pétition relative aux pensions et aux bourses à accorder aux veuves et aux orphelins des médecins qui ont succombé à une maladie contagieuse contractée dans l'exercice de leur profession. Cette pétition a donné lieu à un rapport, dont nous extrayons les passages suivants :

“Toute profession est, pour ceux qui s’y livrent, un champ de bataille ; toute profession est aussi, pour ceux qui y apportent l’austère sentiment du devoir et l’héroïque esprit du dévouement et du sacrifice, un champ d’honneur.

..... “Si l’on vient, et cela n’est que juste, au secours des inondés et des incendiés, à plus forte raison doit-on venir au secours des familles qui sont victimes du dévouement le plus pur, le plus volontaire, le plus dégagé de tout alliage égoïste, conscient ou inconscient.”

Des causes de l’Eclampsie.

PAR A. A. MEUNIER, M. D.

(Suite et fin.)

Je crois qu’il ne serait pas hors de propos d’indiquer ici les points principaux et les phases successives de la doctrine de l’urémie, tout en prévenant que cette doctrine soulève de nombreuses objections.

MM. Wilson et Rayer attribuèrent les accidents nerveux de l’albuminurie à la présence de l’urée dans le sang. Acceptée d’abord sans contrôle, cette opinion fut bientôt rejetée après avoir été longuement combattue. On cita des cas où une grande quantité d’urée existait dans le sang de l’homme sans être accompagnée d’aucun des symptômes de l’urémie.

Enfin M. Claude Bernard en expérimentant sur les animaux, en injectant de l’urée dans le sang, arrivait à cette conclusion : que l’urée est incapable de produire les accidents nerveux de l’albuminurie. L’opinion de Wilson et Rayer était alors ruinée. Mais Ferricks sauva momentanément la doctrine de l’urémie en donnant une nouvelle interprétation des faits. Suivant cet auteur, l’urée est innocente par elle-même ; mais le danger viendrait de ce qu’elle se décompose facilement dans le sang, en donnant naissance à du carbonate d’ammoniaque qui serait un véritable poison.

Ferricks fit des expériences qui semblèrent décisives ; il injecte du carbonate d'ammoniaque dans les veines de chiens bien portants, et au bout d'un temps très-court, l'air expiré contient du carbonate d'ammoniaque, et les animaux sont bientôt pris de convulsions et de coma. Cette doctrine parut un moment solidement établie ; mais, M. Claude Bernard revint à la charge et réfuta les avancés de Ferricks. Voici les paroles du savant physiologiste : " Si le carbonate d'ammoniaque est injecté en petite quantité, il ne produit rien. Lorsque nous l'avons injecté en proportion plus considérable dans le sarg d'un chien, l'animal a poussé des cris, et a été pris d'une agitation extrême qui a duré quelque temps, néanmoins, il est revenu à la vie."

Disons, en résumé, avec M. Cazeaux que l'on observe des troubles nerveux chez les femmes albuminuriques ; pour expliquer leur pathogénie, on a recours à la doctrine de l'urémie, qui est aujourd'hui fort ébranlée. Tout n'est qu'hypothèse sur ce sujet ; de nouvelles recherches sont indispensables pour fixer l'état de la science sur une question aussi importante que celle de l'urémie, et des accidents qu'elle cause du côté du système nerveux.

Au nombre des causes occasionnelles de l'Eclampsie, nous avons toutes les causes de dystocie, telles que : la mauvaise conformation ou l'obstruction du bassin, l'oblitération partielle ou complète du vagin ou de la vulve, les altérations organiques et le spasme du col ou du corps de la matrice, les vices de conformation ou les monstruosité du fœtus. Quant aux positions défavorables de l'enfant, elles n'ont certainement pas l'influence qu'on pourrait leur supposer. Presque toujours l'Eclampsie se manifeste dans les présentations du sommet ; mais, suivant la remarque de Tyler Smith, ce n'est pas au moment où la tête appuie sur le col ou franchit son orifice que survient le premier accès, mais bien plus souvent lorsqu'elle fait bomber le périnée, et entr'ouve l'anneau vulvaire ; ce qui s'explique facilement par la sensibilité beaucoup plus vive des ramifications nerveuses qui se distribuent

aux parties molles du périnée et de la vulve. C'est alors que la terminaison prompte du travail faisant cesser la compression que subissent les parties molles, met fin à l'attaque éclamptique.

Pendant ou après la délivrance, il faut signaler encore comme pouvant produire la même excitation, toutes les causes fâcheuses qui peuvent la compliquer et rendre nécessaire l'introduction de la main, ainsi l'enkystement du placenta, son adhérence anormale, sa rétention partielle ou complète, la présence de caillots volumineux, le renversement de l'utérus, etc.

L'irritation produite sur le canal intestinal, mais, surtout par l'accumulation d'une grande quantité de matières fécales et la présence de vers ou de corps étrangers dans le gros intestin, est quelquefois aussi la cause déterminante de l'éclampsie.

Il en est de même de l'irritation que produit dans les parois de la vessie la distension exagérée de cet organe par une quantité trop considérable d'urine.

Ayant exposé l'opinion et la théorie des auteurs classiques les plus recommandables sur les causes des convulsions puerpérales, l'on me permettra, je l'espère, de soumettre à la considération l'opinion du Dr Peter, médecin de l'Hôpital Saint Antoine à Paris : "Si nous partons, dit-il, du principe émis par M. Cazeaux, que toutes les femmes atteintes d'Eclampsie, sont albuminuriques, la réciproque n'est pas vraie, "toutes les femmes grosses albuminuriques ne sont pas forcément atteintes d'éclampsie." Et c'est vraiment un bonheur. De ce qu'il y a plus de femmes albuminuriques que de femmes éclamptiques, il s'en suit qu'il y a plus d'albuminurie que d'éclampsie; il s'en suit aussi que l'albuminurie est fréquente chez les femmes enceintes.

Maintenant, pourquoi y est-elle fréquente? Cela tient éventuellement à un fait primordial; à savoir: qu'il y a chez elle une plus grande masse de sang en circulation.

Il y a plus de sang en circulation, et la preuve en est donnée par le fait de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, cet organe s'hypertrophiant parcequ'il lance une plus grande quantité de sang pour pourvoir à la nutrition du produit qui se trouve dans l'utérus.

Maintenant, dit-il, ce que je veux surtout mettre en lumière c'est le mécanisme en vertu duquel une déviation du fait physiologique va produire un fait pathologique. Il y a plus de sang en circulation, le cœur s'hypertrophie, quoi de plus normal ?

Mais par une déviation de ce fait physiologique—plus grande masse de sang en circulation—des accidents redoutables peuvent surgir vers les poumons, le foie ou les reins.

Du côté des poumons, il est fréquent de rencontrer des étouffements, des hémoptysies. Puisqu'il y a plus de sang en circulation, il y en a une plus grande quantité qui circule dans les poumons. La femme fait de l'hématose pour deux ; nécessairement il doit y avoir de la pléthore pulmonaire physiologique ; pour un peu cette pléthore deviendra pathologique. Le fait physiologique se traduit par des étouffements ; exagérez le fait, vous aurez des congestions, des hémoptysies.

Ce qui est vrai du poumon, est vrai du foie : il y a un ictère des femmes enceintes ; et qu'est cet ictère, sinon le fait de la congestion du foie ? L'ictère vient traduire, par l'exagération même du phénomène, le fait physiologique de l'hyperémie. Cela a été démontré par les recherches de M. Tarnier, qui, dans sa thèse inaugurale a signalé l'état graisseux du foie chez toutes les femmes qui succombent dans l'état puerpéral ou pendant le cours de la grossesse ; elles ont toutes un foie volumineux, et une infiltration de matières graisseuses entre les cellules hépathiques.

La femme grosse atteinte d'éclampsie est urinémiq. C'est parcequ'il y a accumulation de tous les éléments de l'urine dans le sang, qu'elle est atteinte des accidents ultimes qu'on a qualifiés du nom d'éclampsie. Il y a là une perturbation.

considérable et très complexe des fonctions de l'innervation, dont les phénomènes convulsifs ne sont qu'un symptôme. On a des convulsions, du coma, du délire, mais toujours avec prédominance des convulsions. Aussi me semble-t-il préférable de désigner cet ensemble de symptômes par la dénomination d'*urinémie puerpérale*.

Nous sommes arrivés de proche en proche à voir que la masse de sang augmentée produit la pléthore pulmonaire, l'hypertrophie du foie et l'ictère grave. Voyons ce que cette congestion produit du côté du rein.

Les reins sont des organes qui fonctionnent d'une certaine façon pendant la grossesse, par le fait de la grossesse et sous l'influence de circonstances physiologiques et de faits anatomiques dans les détails desquels je vais entrer.

L'analyse de l'urine démontre surabondamment que la femme enceinte excrète journallement une plus grande quantité d'urée.

M. Quinchaud a établi que, pendant le cours de la grossesse la femme enceinte élimine journallement deux fois plus d'urée que dans l'état de vacuité de l'utérus. Si elle fait deux fois plus d'urée par 24 heures, elle doit avoir un travail excrétoire plus considérable, c'est à-dire que plus de sang traverse le filtre rénal, et qu'il y a hyperémie fonctionnelle exagérée ; mais qui dit plus de sang dans l'organe dit plus de pression vasculaire ; qui dit plus de pression vasculaire dit filtration possible du sérum du sang, voire même du sang en nature, phénomène qu'on appelle albuminurie.

Le Dr Peter fait une digression anatomique nécessaire : " l'utérus, dit-il, est un organe divisé en deux parties absolument distinctes, au point de vue de la nutrition comme à celui des fonctions : je veux parler du corps et du col de l'utérus. Vous savez que les maladies du corps sont absolument indépendantes de celles du col. Ces conditions sont dues à ce qu'il y a une circulation et une innervation absolument différentes. Le corps de l'utérus est nourri par les artères utéro-ovariennes qui naissent très-haut de l'aorte. Le

col au contraire est fourni par les artères utérines proprement dites, qui naissent de l'artère hypogastrique, c'est-à-dire très-bas. Pendant toute la durée de la gestation, c'est surtout le corps qui s'hypertrophie ; le col reste intact et indifférent avec ses propriétés de sphincter, jusque près de la fin de la grossesse. Les artères utéro-ovariennes sont donc les seules qui s'hypertrophient pendant toute cette durée.

Or, les artères utéro-ovariennes naissent de l'aorte très près des rénales, quelquefois des artères rénales elles-mêmes. Ces artères rénales sont donc sur le courant d'une masse de sang plus considérable ; elles doivent donc se dilater, d'abord parceque les reins fonctionnent davantage, ensuite parceque ces artères sont liées anatomiquement aux artères utéro-ovariennes, et que le courant sanguin qui passe dans l'aorte, doit passer devant les artères rénales.

Je dis qu'il y a hyperémie rénalé comme il y a hyperémie utérine. Je dis que ce fait physiologique de l'hyperémie fonctionnelle peut devenir un fait pathologique : je le démontre par la présence du sérum dans l'urine. Maintenant, comment ce sérum jusqu'ici presque physiologique, alors qu'il existe en petite quantité, va-t-il devenir hautement redoutable en s'exagérant, empoisonner l'organisme et causer les attaques d'éclampsie ?

On peut à l'aide de l'examen de l'urine juger de l'état du rein ; plus le rein se porte bien, moins il y a d'albumine ; plus il y a de sérum, plus le rein est frappé d'inertie, de sorte que l'intégrité du rein est inversement proportionnelle à la quantité d'albumine contenue dans les urines.

Donc chez la femme grosse, vous devez chercher s'il y a du sérum dans les urines ; s'il y en a, vous devez examiner l'état fonctionnel du système nerveux, et rechercher les signes précurseurs de l'attaque d'éclampsie.

Il ne s'agit pas d'abord d'éclampsie à proprement parler, il y a préalablement une diathèse *urinémique*. Il n'y a plus seulement accumulation de l'urée, il y a accumulation de tout ce qui constitue l'urine. Le fait a été démontré par des

analyses assez nombreuses pour être, en raison même de la concordance des chiffres considérées comme concluantes.

Le sérum du sang des éclampsiques a été examiné par M. Chastaing qui se prépare au doctorat ès-sciences physiques, ce qui suppose une certaine compétence en chimie. Or, voici ce que M. Chastaing a trouvé : il y avait dans le sang de la première saignée 50 grammes d'urée par litre, par conséquent il y avait plus de 3 fois plus d'urée qu'à l'état normal. Ce chiffre de 50 est justement celui qu'ont donné Hopp et Friggs ; les chiffres ne sauraient être plus concordants.

Voici maintenant des analyses très-précises qui montrent l'accumulation de tous les matériaux de l'urine dans le sang des femmes atteintes de diathèse urémique. Dans une première observation, au lieu de six parties de matières extractives pour 1000 grammes d'urine. M. Quinquaud en a trouvé 21, c'est-à-dire 3 fois et demie plus, de même que tout à l'heure nous avons plus de 3 fois et demie plus d'urée dans le sang. Par conséquent, s'il y a tous les matériaux de l'urine dans le sang, c'est de l'*urinémie* ; c'est-à-dire que cette femme enceinte ne fait plus d'urine, ne sélectionne plus les éléments décomposés qui seront l'urine, ils restent et s'accumulent dans son sang, et voilà pourquoi elle succombera à des attaques d'éclampsie, vu l'irritation que subira le système nerveux.

Ainsi donc, toujours d'après M. Peter, il y a plus de pression vasculaire dans les reins de la femme enceinte :

1o Parce que la masse du sang est augmentée.

2o Parcequ'il y a chez elle un plus grand fonctionnement de l'organe sécréteur de l'urine, plus grand fonctionnement démontré par l'augmentation du chiffre de l'urée, et des matières extractives éliminées dans les 24 heures, ainsi que l'ont fait voir les analyses de M. Quinquaud.

3o Par suite de la synergie fonctionnelle qui relie le rein à l'utérus.

Et 4o par suite de la solidarité vasculaire des artères rénales et utéro-ovariennes.

Ainsi, parce qu'il y a du sang en circulation et que l'uro-poïèse est considérablement accrue chez la femme enceinte, pour ses besoins personnels et ceux de son fœtus, la pression est considérablement augmentée dans le système vasculaire de ses reins, et parce que la pression vasculaire y est augmentée à ce degré, la filtration du sérum y devient très facile, et par suite très fréquente, et par cela même devient cause des accidents qui surviennent du côté du système nerveux.

Disons enfin en terminant l'étiologie des convulsions puerpérales : que toutes les causes que nous avons énumérées tendent à produire une irritation des centres nerveux. L'irritation qu'elles produisent peut être directe ou indirecte selon qu'elle est due au contact immédiat d'un sang vicié, ou qu'elle est consécutive à l'excitation d'un organe plus ou moins éloigné comme la vessie, l'estomac, le tube intestinal, l'utérus, etc.

C'est d'après ces idées que M. Scanzoni a cru devoir diviser l'éclampsie :

1o En convulsion réflexe, c'est-à-dire celle qui provient de l'irritation produite sur l'extrémité périphérique des nerfs sensitifs ;

2o En convulsion spinale provenant de la moëlle épinière directement irritée, et dont l'excitation se propage aux extrémités périphériques ;

3o En convulsion cérébrale, quand l'irritation provient du cerveau, et réagit sur la moëlle épinière.

M. Cazeaux semble ne pas partager l'opinion de M. Scanzoni sur cette dernière forme de convulsions, et il est très-disposé à croire que l'irritation spinale est toujours le point de départ de l'éclampsie. Et, comme le dit le savant auteur, c'est un fait expérimentalement établi par les physiologistes que l'irritation de la moëlle épinière, de la moëlle allongée ou des tubercules quadrijumeaux causent seules des convulsions, tandis que toutes les excitations portées sur tous les autres points du cerveau ou du cervelet ne produisent rien de semblable.

LA VACCINATION. (*)

Mr. le Rédacteur de l'*Abeille Médicale*.

MONSIEUR,

Dans le dernier numéro de l'*Abeille*, à l'article "Constitution médicale actuelle," vous constatez l'empire qu'exerce la variole sur notre ville; en faisant allusion aux discussions qui ont eu lieu sur la vaccination, vous dites: "La question en litige n'a pas été portée sur le terrain où aurait dû se vider le différend." Parfaitement d'accord avec vous; on aurait dû s'en tenir au mérite de la vaccination et démontrer son efficacité, dans l'intérêt de la santé publique et de celle des familles; au contraire, on oubliait que les effets salutaires de cette pratique laissaient beaucoup à désirer pour convaincre ceux qui veulent être convaincus de l'efficacité d'une pratique par ses bons résultats avant de l'accepter. Je crois que la question de la vaccination demande plus d'examen que la généralité des vaccineurs publics ne le pensent; cette question est loin d'être résolue quant à son efficacité; elle doit donc être soumise à une étude plus approfondie. Je compte sur l'intérêt que vous portez à l'avancement de l'étude des sciences médicales pour me permettre de vous adresser une critique contre la vaccination.

J. EMERY-CODERRE.

Montréal, 25 Février 1880.

(*) Nous publions dans ce numéro un article de M. le Dr. Coderre, au sujet de la vaccination. Comme cette question intéresse la profession médicale au plus haut degré, nous en demandons la discussion franche et loyale, à condition qu'elle ne se fasse que dans les journaux de médecine. Nous ne prenons en rien la responsabilité des opinions exprimées par nos correspondants, nous réservant le privilège d'énoncer plus tard notre opinion sur ce sujet.

IÈRE PARTIE.

Il y a plus de 80 ans que l'inoculation du virus-vaccin (cow-pox) a été introduite dans la pratique de la médecine comme préservatif de la variole ; néanmoins, on n'a pu réussir à opposer aucun obstacle à la marche ascendante qu'a poursuivi ce fléau.

La vaccination est-elle un préservatif contre la variole et ses effets ?

Pour admettre que la vaccination soit un préservatif contre la variole et ses effets, il faudrait que le virus-vaccin fût par lui-même l'antidote du virus-variolique. Or, comment le virus-vaccin pourrait-il agir comme l'antidote du virus-variolique, puisqu'ils ont tous deux une origine commune ? Nous savons tous que le virus-variolique et le virus-vaccin sont d'une nature maligne, contagieuse, gangréneuse et pestilentielle ; qu'enfin, ces virus sont de véritables poisons dont les germes se transmettent par infection, par contagion et par inoculation ; l'atmosphère se charge de la transmission des causes déterminantes, c'est-à-dire, des germes de la variole et de la vaccine.

La vaccine, comme nous le ferons voir plus loin, ne saurait être le préservatif de la variole : il s'ensuit donc que ceux qui sont épargnés par la variole ne le doivent pas à l'action préservatrice du vaccin, s'ils ont été vaccinés, puisque, nous le savons, le plus grand nombre ne contracte jamais la variole ni aucune autre maladie maligne et pestilentielle.

L'inoculation du virus-vaccin a pour effet de transmettre dans la constitution des personnes saines, un poison animal qui altère les tissus, change leur nature et les fait devenir malades de sains qu'ils étaient.

Les partisans de la vaccination ont bien le soin de recommander de ne pas vacciner si les personnes ne sont pas bien portantes. Et pourquoi cette recommandation, si la vaccination est un préservatif contre la variole ? ce n'est que quand on est malade qu'on a besoin d'un traitement quelconque.

Le virus-variolique et le vaccin, comme nous l'avons déjà dit, ont une origine commune; ils sont tous deux virulents, gangréneux et pestilentiels, et prétendre que le virus-vaccin est un préservatif contre la variole et ses effets est une erreur bien grande et des plus funestes. Celui qui connaît les résultats de la vaccination, et qui se rend compte des accidents qu'elle a causés ne saurait admettre qu'elle est un moyen de se préserver contre la variole.

L'inoculation du virus-variolique a d'abord été pratiquée chez les barbares, ensuite chez certains peuples civilisés, notamment en Angleterre.

Les Sarrasins dans un but de prostitution, a-t-on dit, pratiquaient l'inoculation afin de préserver la beauté de leurs filles. Voici comment on peut s'expliquer la chose: Le virus-variolique étant inoculé à des personnes en santé, l'effet en était moindre que si la variole se fût déclarée spontanément. Il arrive souvent que l'inoculation ne produise que quelques pustules varioliques qui ne laissent pas de cicatrices; voilà pourquoi les Sarrasins, comme nous l'avons dit plus haut, avaient recours à l'inoculation pour empêcher que la variole ne laissât son empreinte sur les traits de leurs femmes et de leurs filles, pour préserver enfin la beauté de celles qui étaient réservées au sérail du souverain de la Turquie et aux maisons des Grands du pays (pour les harems). Je reviendrai sur l'origine de l'inoculation.

L'inoculation fut introduite en Angleterre, en 1722 ou 1723, par Lady Mary Wortley Montagu, épouse de Sir Wortley Montagu, ambassadeur; cette dame eut le talent de faire croire à l'action puissante et préservatrice de cette pratique contre les effets terribles de la variole.

L'inoculation fut d'abord accueillie par un certain nombre de personnes haut placées, par les grands de la cour, puis recommandée, en 1753, par la Faculté de médecine, le collège des médecins-chirurgiens de Londres, et enfin, adoptée par la plupart des autres Etats de l'Europe et de l'Amérique. Les épidémies varioliques augmentèrent et devinrent plus funes-

tes avec le système d'inoculer. Vers la fin du 18^{me} siècle, en 1798, Jenner, après des essais réitérés, parvint à introduire en Angleterre l'inoculation du virus-vaccin (cow-pox) ; c'est-à-dire, que la vaccination fut adoptée par quelques médecins et repoussée par d'autres plus observateurs que partisans d'une pratique qui n'avait pour base ni science, ni raisonnement. Dès son début, la vaccination rencontra beaucoup d'opposition, et cette opposition s'est continuée et se continuera jusqu'à ce que les Jennériens aveugles, qui ont imposé cette pratique malsaine à l'Angleterre, l'abandonnent eux-mêmes s'ils ne veulent pas qu'on la noie dans leur sang. Jenner avait triomphé ; il reçut du gouvernement £30,000 sterling pour sa prétendue découverte, sans que l'efficacité de la vaccination eût été établie, comme nous le verrons plus loin.

En 1838, une épidémie variolique sévissait avec intensité dans tout le royaume de la Grande-Bretagne, et se répandait sur presque toute l'Europe, malgré l'inoculation et la vaccination. On finit par comprendre que l'inoculation était une cause de transmission de la variole, car en 1840, la Faculté de Médecine, (le Collège des médecins et chirurgiens de Londres), condamnait cette pratique qu'elle avait adoptée et recommandée en 1753, et ce gouvernement passa une loi par laquelle l'inoculation était prohibée et la vaccination seule permise. En 1853, la vaccination était rendue obligatoire, en vertu d'une loi impériale dictée par les autorités médicales de Londres. Néanmoins, les épidémies varioliques au lieu de diminuer allèrent en augmentant ; les partisans de Jenner, plus fanatiques que leur maître, attribuant sans doute la continuation des épidémies à un manque de sévérité dans l'application de leur prétendu préservatif, obtinrent du gouvernement, en 1867 et en 1871, que des amendements fussent faits à la loi pour la rendre *coercitive*. Depuis lors, la loi a été exécutée dans toute sa rigueur, et dans toutes les classes de la société ; ceux qui refusent la vaccination sont indistinctement condamnés à l'amende ou à l'emprisonnement. Bon nombre de personnes ont dû payer l'amende

jusqu'à plusieurs fois ; M. Tebb, de Londres, me disait lors de sa visite à Montréal l'été dernier, qu'il avait été lui-même condamné 13 fois et avait payé autant de fois, pour s'être refusé à laisser vacciner ses enfants ; malgré toute la tyrannie exercée par les officiers chargés de faire exécuter la loi, une grande partie de la population s'oppose à la vaccination et préfère payer l'amende ou même subir l'emprisonnement que de se soumettre.

Eh bien, en dépit de la vaccination forcée, les épidémies de variole ont été de plus en plus meurtrières, notamment celle de 1871, dont les effets se continuent encore à Londres (Angleterre), et en Irlande.

EXTRAIT DU "THE NATIONAL INDEPENDANT."

Yorkshire, January 9th., 1880.

"The vaccination question."

"La question de la vaccination, telle qu'elle se présente aujourd'hui en Angleterre, mérite la plus grande attention de la part des citoyens qui, sont taxés au montant de plus de £100.000 sterling par année, pour le soutien des Bureaux des Vaccinateurs. Il est temps que le peuple sache quel est le résultat de la vaccination, et jusqu'à quel point nous sommes protégés contre la variole. Depuis 9 ans, les cas de variole traités dans les hôpitaux (des variolés), se répartissent comme suit : Glasgow, 1870-2 ; Liverpool, 1875-6 ; Dublin, 1870-3 et 1876-8 ; et Londres, 1870-9. Dans ces quatre grandes villes, d'après les rapports des médecins, plus de 36,000 cas de variole ont été admis dans ces hôpitaux, et 28,000 avaient été vaccinés. N'avons-nous pas droit maintenant de refuser de payer les taxes pour une pratique qui ne protège personne contre la variole."

"COMMENT LA VACCINATION PROTÈGE CONTRE LA VARIOLE."

La vaccination devint compulsoire en 1853 par un Acte du Parlement ; elle fut rendue plus coercitive en 1867, et encore d'avantage en 1871. Depuis 1853, nous avons eu trois épidémies de variole, dont chacune fut de plus en plus désastreuse.

Date.	Mortalité par la variole.
1ère. 1857-58-59	14,244
2de. 1863-64-65	20,059
3me. 1870-71-72	44,840

Augmentation de la population entre la 1ère. et la 2de.
épidémie 7 par cent.

Augmentation de la variole dans le même laps de temps, près de.....	50 par cent.
Augmentation de la population entre la 2 ^e . et la 3 ^e . épidémie.....	10 " "
Augmentation de la variole dans le même laps de temps.	120 " "
Mortalité par la variole durant les 10 premières années qui suivirent l'établissement de la vaccination compulsoire.....	33,515
Durant la seconde période de 10 ans.....	70,458

Extrait des statistiques vitales, No. 1. Lettre au Très-Hon. G. Sclater-Both, M. P., par C. T. Pearce, M. R. C. S. Février, 1877.

“COMMENT LA VACCINATION A AUGMENTÉ LA MORTALITÉ DES ENFANTS.”

(Extrait du rapport du Régistrateur-général, intitulé “Mortalité par la vaccination,” No. 433, session 1873, publié par l'ordre de la Chambre des Communes.)

“Moyenne de la mortalité annuelle causée chez les enfants âgés de moins d'un an par 15 maladies spéciales qui sont inoculables ou deviennent plus actives par la vaccination.”

Avant l'acte de la vaccination—1847-53. Mortalité des enfants, 1847.....	62,619
Sur une population de 17,927,609.	
Vaccination obligatoire—1854-67.	
Mortalité des enfants, 1854.....	73,000
do 1867.....	92,827
Sur une population de 20,066,224	
Vaccination par contrainte—1868-75:	
Mortalité des enfants, 1868.....	96,282
do 1875.....	105,173
Sur une population de 22,712,266	

Ainsi, tandis que la population de l'Angleterre s'est accrue de 18 millions à 23 millions, la mortalité causée chez les enfants par 15 maladies spéciales s'est élevée, durant la même période de 63,000 à 106,000. Si la mortalité avait marché de pair avec la population, les décès en 1875 n'auraient été que de 80,000 ; c'est-à-dire qu'en 1875, il est mort en Angleterre 26,000 enfants qui auraient vécu si la vaccination eut été aussi peu en vogue qu'en 1847 !

Sur 80,000 décès par la variole mentionnés dans ce rapport (No. 433), 43,000 étaient des enfants d'au-dessous de 5 ans, alors que la vaccination (rendue compulsoire par la loi) devait leur garantir une protection parfaite.”

Sans aller plus loin, nous savons qu'ici depuis 10 ans, on a vacciné plus que par le passé, et la variole n'a pas cessé d'exister, et ses ravages n'en ont pas moins été en augmentant d'année en année. Eh ! le Bureau de santé ne nous fournit-il pas une preuve de cet avancé, lorsqu'il nous fait

voir chaque semaine, par les rapports de l'Officier de santé que le nombre des décès causés par la variole est de près de 20 par cent sur le total des décès ? Les rapports du bureau de santé ne nous fournissent pas toujours un compte exact des statistiques vitales ; les statistiques elles-mêmes sont le plus souvent fausses ; mais elles donnent tout de même à réfléchir.

Pour faire voir combien la variole fait de ravages parmi nous, je citerai quelques-uns de ces rapports hebdomadaires que j'emprunte aux diverses éditions de " la Patrie " du 7 octobre dernier : " Sur 71 décès, 11 ont été causés par la variole " ; du 11 octobre : " Sur 59, 8 sont morts de la variole ; " du 4 novembre : " Sur 40, 6 sont morts de la variole " ; du 18 novembre : " Sur 53 personnes décédées durant le cours de la semaine dernière, 14 sont mortes de la variole " ; du 2 décembre courant : " Sur 56 décès, 17 ont été causés par la variole ; " (et encore ici l'Officier de Santé ne fait mention que des inhumations faites dans le cimetière catholique) ; enfin, du 9 décembre : " Sur 48 inhumés dans le cimetière catholique, 8 étaient morts de la variole. " De plus, on voit dans le " Star " du 10 décembre que sur 16 inhumations qui ont eu lieu dans le cimetière du Mont-Royal (Protestant), 3 décès avaient été causés par la variole et l'Officier de santé n'en dit pas un mot dans son rapport publié dans la " Patrie " du 9 décembre. Nous avons donc raison de dire que les statistiques du Bureau de santé sont souvent fausses. En résumé d'après les statistiques de l'Officier de santé, pour les 8 semaines, correspondantes aux rapports mentionnés on voit que sur les 418 décès qui ont eu lieu, 79 étaient par la variole, ce qui donne, sur le total des décès par les différentes maladies, plus de 1/5 ou près de 19 p. cent par la variole. Ce chiffre extraordinairement élevé dénote de nombreux cas de variole dans cette ville, et fait voir que cette maladie augmente et a toujours augmenté depuis dix ans.

Et dernièrement encore, le bureau de santé a soumis au Conseil-de-Ville un rapport priant Son Honneur le Maire, M. Rivard, de demander de l'aide au gouvernement afin de se

procurer du vaccin de la meilleure qualité. (Voir la "Patrie" du 11 novembre dernier. 1879.)

Ce rapport au Conseil-de-Ville est compromettant pour le bureau de santé : prier aujourd'hui son honneur le Maire de s'adresser au gouvernement pour obtenir du vaccin de la meilleure qualité, c'est admettre ni plus ni moins que le vaccin employé jusqu'à ce jour n'a produit que de mauvais effets sans avoir préservé qui que ce soit contre la variole. Demander du vaccin de meilleure qualité ! C'est risible. Est-ce qu'il y a jamais eu du bon vaccin ? Il faut ignorer quelle est la nature de ce virus pour faire une demande aussi naïve.

Il y a peu de temps encore, l'Officier de santé ne soumettait-il pas au bureau un rapport dans lequel il est dit que "les cas de petite vérole deviennent de jour en jour plus fréquents ? et le Dr Hingston ne faisait-il pas adopter la résolution suivante ?—

"Que le Bureau de Santé prie les Commissaires des écoles catholiques et protestantes, les Frères de la Doctrine Chrétienne et les directeurs des autres écoles de joindre leurs efforts à ceux du Bureau de Santé afin de faire adopter un système général de vaccination, en exigeant de chaque élève âgé de moins de dix ans, un certificat attestant qu'il a été vacciné, et des élèves de plus de dix ans, un certificat attestant qu'ils ont été vaccinés une seconde fois ; que l'avocat de la corporation soit prié aussi de donner son avis relativement aux modifications qu'il est nécessaire de faire à la loi." Voir la "Patrie" du 29 novembre 1879.

Ces faits démontrent évidemment que la variole fait de grands ravages parmi la population de Montréal ; que la vaccination ne peut être considérée comme un moyen de prévenir ou de modifier les effets de cette maladie que par des partisans outrés qui ne veulent point se rendre compte des résultats funestes de cette pratique : pour eux les victimes de la vaccination ne sont que des exceptions ! Cependant, en Angleterre où tout le monde est vacciné, (97 par cent), la variole ya pour ainsi dire élu domicile, et ici, nous n'avons guère

rien à envier sous ce rapport, car on peut dire que surtout depuis que nous avons des vaccinateurs publics, la maladie s'est accrue d'année en année ; ce fait a été attesté devant le bureau de santé et personne n'osera le nier. Et pourtant, le même bureau suggère de nouveaux moyens d'augmenter la vaccination pour se venger de n'avoir pu jusqu'à présent, faire adopter une loi compulsoire !

J'ose espérer que, pour l'honneur de Montréal, le bureau de santé ne renouvellera pas les tentatives qu'il fit en 1876 pour nous imposer forcément la vaccination. Il est heureux que les citoyens aient alors ressenti aussi vivement quel crime allait commettre le Conseil de ville en passant des règlements qui, s'ils fussent devenus loi, eussent trop souvent froissé les chefs de famille dans leurs sentiments les plus chers. La population de la cité, représentée par plus de 10 milles personnes qui envahissaient les alentours et les salles du Conseil-de-ville et en imposèrent par leur présence et la manifestation de leur volonté, fit comprendre aux conseillers tout le danger de la position, s'ils adoptaient ces règlements. Le sentiment d'indignation qu'éprouvait cette assemblée était tel qu'il eût suffi d'un seul mot adressé imprudemment à la foule pour que l'Hôtel-de-Ville fût saccagé et la vie des conseillers mise en danger. Et encore que ces fameux règlements aient été abandonnés, les fenêtres de l'Hôtel-de-Ville furent brisées ainsi que les lustres de la salle des délibérations, et plusieurs personnes furent blessées. Cette démonstration populaire fit comprendre tout l'odieux de cette mesure et le manque de confiance qu'on avait dans l'action protectrice de la vaccination. Si le Bureau de Santé et le Conseil-de-Ville ont oublié les quelques heures de malaise qu'ils ont passé lors de cette assemblée monstre, les citoyens, eux, ne les ont pas oubliées.

Cette démonstration indiquait clairement que les citoyens ne se laisseraient jamais imposer la vaccination compulsoire sans y opposer de la résistance.

Les extraits que nous allons faire des lettres de Jenner

publiées par John Baron, son biographe, feront voir plus qu'aucun autre raisonnement que Jenner lui-même admettait que le virus-vaccin n'exempte point de contracter la variole, et, avec la restriction qu'il apportait à l'inoculation du virus-vaccin (Cow Pox), c'était admettre que la vaccination n'offre aucune garantie contre les effets de cette maladie pestilentielle.

Jenner a été l'un des plus grands fascinateurs de son temps ; il a su s'emparer de l'esprit des faibles et des crédules ; il était un oracle presque divin pour eux comme il l'est encore pour les vaccinateurs du jour qui ne comprennent point sa doctrine, comme on le verra par les extraits faits de sa correspondance. Il a su se faire accepter pour obtenir les £30,000 stg que le gouvernement anglais lui a octroyés pour sa prétendue découverte.

J. EMERRY-CODERRE.

(A continuer.)

De la rachialgie et de l'irritation spinale.

PAR M. POTAIN.

(Suite et fin)

L'irritation spinale prend donc légitimement place parmi les névroses. Mais, cela dit, il reste encore à déterminer le siège véritable de cette névrose à manifestations multiples et disséminées, et, ce siège connu, montrer ou tout au moins présumer quelle modification subit dans son intimité la portion du système nerveux où siège le plus particulièrement l'affection.

Le siège de l'affection est incontestablement dans l'axe spinal. Cherchant à préciser davantage, on a cru pouvoir avancer, sans preuve anatomique, qu'elle avait pour point de départ les enveloppes de la moelle. Mais, comme les affections

connues de ces membranes ne produisent pas des accidents analogues à ceux de l'irritation spinale, comme cette hypothèse expliquerait d'ailleurs difficilement, d'une part la dissémination et de l'autre la circonscription souvent très-limitée des accidents, il est beaucoup plus rationnel de penser que le siège primitif de l'affection est dans le *cordon médullaire* lui-même et spécialement dans sa *partie postérieure*. De plus, comme d'autre part, la mobilité des symptômes et la guérison parfois rapide de la maladie ne permettent vraiment pas de supposer une affection de la moelle, on les a plus volontiers rapportés à une modification transitoire de la vascularisation entraînant une irrigation sanguine vicieuse des éléments de la moelle. L'accord à cet égard était même à peu près unanime. Mais il a cessé quand on a dû décider si c'est de congestion qu'il faut parler, ou, à l'inverse, d'anémie médullaire. C'est que rien n'est souvent plus difficile, suivant la remarque déjà ancienne d'Andral, que de distinguer parmi les accidents dont le système nerveux peut être le siège, ceux produits par la congestion de ceux que l'anémie détermine. On sait, en ce qui concerne les troubles cérébraux (céphalalgie, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, insomnie, convulsions, paralysie même), que tous sont attribuables, tantôt à l'anémie, tantôt, au contraire, à l'hypérémie cérébrale ; et il faut reconnaître que l'influence plus ou moins favorable des émissions sanguines n'est pas même un moyen assuré de résoudre la question, puisque les accidents de ce genre qu'on rencontre chez les chlorotiques sont parfois si heureusement modifiés par les pertes de sang.

Ce que je viens de dire pour le cerveau s'applique également aux affections de la moelle, dont la nature ischémique ou congestive a été tant de fois mise en question : cette difficulté s'est retrouvée toute entière à l'égard de l'irritation spinale. Ainsi, tandis que Stilling (Leipzig 1840) faisant valoir l'amélioration produite par les émissions sanguines locales, attribuait tous les phénomènes de la maladie à une hypérémie du rachis et de la moelle, Hammond, dont le

travail important repose sur 112 observations, n'y voulut voir qu'une *anémie spinale postérieure*, et Jaccoud, adoptant cette dernière opinion, crut pouvoir expliquer les variétés cliniques de l'affection par la localisation de l'anémie en différents points des centres nerveux.

Il faut bien avouer que les notions acquises jusqu'ici relativement aux phénomènes d'hypérémié et d'anémie locale bien qu'elles légitiment dans une certaine mesure les interprétations proposées, ne rendent point aisément compte de la limitation souvent extrêmement circonscrite des accidents, laquelle suppose une action portant sur un département des plus restreints, dans une portion déjà si étroite du centre nerveux que, en admettant que l'irrigation sanguine de la moelle soit véritablement troublée, comme il est probable, rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas aussi bien d'une vascularisation irrégulière, mélange à la fois d'ischémies et d'hypérémiés partielles; rien n'établit non plus que le trouble vasculaire soit primitif et qu'il joue le rôle prépondérant dans la genèse des accidents observés.

Aussi Leyden a-t-il pu avancer, non sans quelque raison (Klinik dër Ruckenmark-Krankheiten, 1874), que l'irritation spinale ne se rattache à aucune lésion ou altération matérielle positive de la moelle, mais qu'elle consiste en une *excitabilité exagérée de l'axe spinal* mise en jeu par des affections diverses; ce qui l'a conduit à distinguer trois espèces d'irritation spinale: l'une dite *hystérique*, caractérisée par des contractures, paralysies, troubles ataxiques, etc.; une autre d'origine *abdominale*, dans laquelle on observerait des phénomènes douloureux dans les hypochondres avec paralysie des membres inférieurs; enfin, une irritation spinale dite *anémique*, conséquence de l'épuisement lent et progressif de l'économie.

Pour résumer cette discussion vous voyez que tout le monde est d'accord pour reconnaître, dans l'affection appelée *irritation spinale*, une *excitabilité exagérée limitée à certains départements de la moelle épinière*. Et puisqu'il ne paraît pas

jusqu'ici possible de préciser les modifications locales anatomiques qui la déterminent et l'entretiennent, force est bien de maintenir l'affection dont il s'agit, provisoirement du moins, dans la classe des *névroses* où l'admettait mon ami regretté, le professeur Axenfeld.

On prendrait plus aisément son parti de la divergence des opinions qui se sont produites concernant le siège précis et la nature vraie de cette maladie, si elle n'en entraînait de non moins grandes dans la direction du traitement conseillé par les auteurs, et si, tandis que les uns préconisent par exemple les émissions sanguines, on n'en voyait d'autres les proscrire absolument aussi bien que tous les moyens propres à diminuer la vascularisation de la moelle.

Il ne faudrait point pour cela renoncer à tout espoir d'instituer contre cette maladie une thérapeutique utile, et reposant sur quelques principes rationnels. Aussi bien, il est un fait qu'on peut considérer comme acquis, c'est que l'excitabilité réflexe de la moelle est, dans certains points de son étendue, exagérée d'une façon malade; l'indication principale est donc de la modérer par tous les moyens possibles. On y doit faire concourir le *traitement général* et le *traitement local*.

Le premier aura d'abord pour but de réduire, dans la mesure du possible, les stimulations qui atteignent l'axe spinal; écartant premièrement la cause présumée de la maladie pour soumettre ensuite le malade aux règles d'une hygiène sévère; proscrivant tout excès d'alimentation ou de boisson, toute fatigue physique, toute excitation intellectuelle ou morale trop vive; recommandant en particulier, dans les cas extrêmes, le séjour à la campagne, dans un climat doux et sec, loin des agitations de la ville ou de la stimulation souvent fâcheuse des bords de la mer.

On devra ensuite diminuer l'excitabilité nerveuse en améliorant la nutrition générale. Pour cela il faudra mettre en œuvre tous les agents de la médication tonique: aliments reconstituants, *fer*, *quinquina*, *phosphate de chaux*, *huile de*

foie de morue pour quelques malades, etc. Toutefois il ne faudra pas que cette médication soit uniformément appliquée à tous et d'une façon banale; il conviendra, bien entendu, de l'adapter à l'état général du sujet et d'en user dans la mesure que cet état réclame. Le *sulfate de quinine*, qui peut être rapproché des médicaments précédents, a été fréquemment conseillé par Stilling et produit souvent d'excellents résultats, en particulier lorsqu'il s'agit de manifestations congestives diverses. L'*hydrothérapie* est aussi beaucoup employée et c'est assurément, en maintes circonstances, un excellent moyen de tonification, très propre surtout à rendre à la circulation périphérique alanguie son activité perdue. Il importe toutefois d'en user avec beaucoup de circonspection; car son application intempestive ou irrationnelle au traitement de la maladie dont je parle, ferait naître un double danger qu'il importe également d'éviter: celui d'abord d'une stimulation trop grande, capable d'exagérer les accidents contre lesquels on l'emploie, ou de provoquer des réactions excessives; en second lieu, celui d'une réaction insuffisante, préparant l'explosion des manifestations du rhumatisme, ou, plus généralement, de l'état arthritique, auxquels l'irritation spinale, ainsi que nous l'avons vu, se rattache fréquemment. Les *bains tièdes*, les *douches chaudes ou tempérées* et graduées auront donc plus souvent affaire ici, au moins dans les premiers temps, que l'hydrothérapie à basse température et sous la forme stimulante.

Outre les moyens généraux qui précèdent, on a employé encore contre l'irritation spinale une série d'agents thérapeutiques que l'on supposait agir sur la vascularisation de la moelle. Ceux-ci ont nécessairement varié suivant les idées théoriques que les médecins avaient cru devoir se faire relativement à la nature de la maladie: les uns opposent l'*ergot de seigle*, la *belladone*, les *émissions sanguines*, à la congestion qu'ils croyaient être la cause des accidents; les autres, au contraire, insistent sur les agents considérés comme propres à exciter dans la moelle une circulation selon eux insuffisante

conseillaient le *phosphore*, la *strychnine*, l'*opium*, la *chaleur*, le *décubitus dorsal*, la *faradisation*, etc. Chacun fit valoir ses succès à l'appui de la théorie préférée, en sorte que la solution du problème resta encore indécise. Nous avons vu que, dans l'irritation spinale, l'état congestif ou anémique n'est sans doute pas l'élément primordial de la maladie ; en outre, il ne faut point oublier que l'action thérapeutique des agents précités ne se borne assurément pas à leur influence vasomotrice et que leur succès, par conséquent, n'explique en aucune façon qu'ils aient remédié à tel ou tel état du siège vasculaire. En conséquence, il ne faut attacher à cette considération de l'influence que le médicament peut exercer sur la vascularisation de la moelle qu'une importance secondaire. On emploiera l'*opium* ou la *belladone*, parce qu'ils calment la douleur, sans beaucoup d'égards pour leur action vasomotrice spéciale ; la *chaleur* ou le *froid* maintenus d'une façon persistante à la surface du rachis à l'aide de moyens spéciaux, parcequ'ils sont sédatifs et diminuent l'excitabilité, plutôt qu'en raison des modifications complexes qu'ils apportent à la circulation capillaire profonde ; il en sera de même des courants continus descendants conseillés par Legros et Onimus. La préférence donnée à l'hypothèse de l'ischémie spinale n'empêchera même pas de recourir à l'usage des ventouses sacrifiées appliquées sur la partie douloureuse de la région rachidienne, car cette pratique a eu d'excellents résultats entre les mains de Hutchinson et d'Anderson (Glasgow Med. Journ. Canstatt, 1871), et j'en ai pour ma part obtenu de non moins satisfaisants. Il en est de même des divers moyens de dérivation appliqués, *loco dolenti*, notamment des *vésicatoires*, moyens très préconisés par Stilling, et dont l'action ne se borne pas à faire cesser la douleur au point d'application, mais du même coup modifie ou supprime parfois les retentissements éloignés et les diverses manifestations secondaires. Une seule difficulté entrave dans certains cas l'emploi de ces moyens de dérivation locale : c'est la sensibilité douloureuse excessive de la partie malade, qui

n'admet quelquefois pas même le plus léger contact ; force est bien alors de faire les premières applications dérivatives sur des points plus ou moins éloignés du lieu de la maladie, pour les rapprocher ensuite peu à peu et atteindre enfin le point douloureux lui-même ; on pourrait encore, dans le même but, commencer la médication locale par des applications purement sédatives.

Telles sont, et c'est par là que je finis, les diverses considérations thérapeutiques qui devront vous guider dans le traitement de l'irritation spinale.—*Gazette Médicale.*

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

Par MM. GOSSELIN et A. BERGERON.

(Suite.)

V. Après avoir acquis, par les expériences qui précèdent (1), la conviction que nos agents sont bien antiseptiques et qu'ils le sont à des degrés variables suivant la dose employée, nous nous sommes demandé si par hasard l'acide phénique ne devrait pas cette propriété à l'alcool que l'on ajoute presque toujours dans nos solutions, afin de rendre l'acide tout à fait soluble. La chose n'était pas probable, puisque nous savions que, dans nos mélanges au centième et au cinquantième qui sont déjà un peu antiseptiques, la proportion d'alcool est beaucoup trop faible par rapport à l'eau pour expliquer les effets produits. C'était plus à craindre pour la solution au vingtième, qui contient une plus notable proportion d'alcool. En tout cas, nous avons tenu à nous renseigner en étudiant comparativement les effets, sur le sang de l'alcool étendu d'eau dans la proportion que nous offraient nos solutions et ceux de l'acide phénique pur, c'est-à-dire non mélangé d'alcool.

(1) Voir *Abeille M. d.* Vol. 2, p. 79.

Ici nous nous sommes trouvés en présence d'une difficulté que nous n'avions pas prévue et que ne connaissent pas assez les chirurgiens. En effet, la quantité d'alcool ajoutée aux préparations phéniquées n'est pas fixe ; elle est approximative et varie suivant les pharmaciens. Les uns en mettent le double, d'autres trois ou quatre fois plus. Quant à nous, renseignements pris, nous avons su que des trois flacons de solution phéniquée au vingtième préparée à la pharmacie pour le laboratoire, la première avait contenu parties égales d'alcool et d'acide phénique (5 pour 100), la deuxième le double (10 pour 100), et la troisième beaucoup plus, parties égales d'eau et d'alcool (1).

Pour lever tous les doutes, nous avons fait l'expérience des tubes avec l'eau distillée alcoolisée à 5 pour 100 et à 10 pour 100, et nous avons eu la putréfaction complète le cinquième ou le sixième jour, c'est-à-dire deux ou trois jours plus tard que si nous nous étions servi d'eau distillée seule. Quant au mélange d'eau et d'alcool par moitié, nous ne l'avons pas essayé, et nous nous en sommes tenus aux résultats que nous avait donnés l'eau-de-vie camphrée, dans laquelle ces deux liquides se trouvent à peu près dans cette proportion.

Restait à examiner les effets de l'acide phénique pur. Pour cela, nous avons pris une solution phéniquée au centième sans alcool, la dissolution se faisant bien dans ces proportions. Nous en avons mis six gouttes, équivalentes à 0 gr., 0025 d'acide phénique dans un peu plus de 1 gramme de sang, et nous avons eu la putréfaction complète le huitième jour

(1) Les chirurgiens doivent être prévenus que l'addition de l'alcool dans les solutions phéniquées n'a aucun inconvénient et qu'ils feront bien, quant ils en formuleront une préparation, d'ajouter au moins trois fois autant d'alcool que d'acide phénique pour les solutions faibles au centième, au cinquantième, au quarantième, et cinq fois autant dans la solution forte au vingtième. De cette façon ils éviteront les picotements et l'érythème des doigts et des mains, ainsi qu'un effet caustique dépassant sur la plaie les limites de l'action antiseptique,

c'est-à-dire un peu plus tard qu'avec les mélanges faiblement alcoolisés dont nous venons de parler.

Nous avons pu en conclure déjà que l'acide phénique a une influence indépendante de celle de l'alcool avec lequel on le mélange dans nos solutions faibles.

Il nous a paru curieux, pour apprécier encore mieux la valeur antiseptique de l'acide phénique, de l'essayer tout à fait pur, c'est-à-dire sans alcool ni eau, mode d'emploi auquel il ne faudrait pas songer pour les malades, à cause des effets caustiques et de l'intoxication possibles.

Dans un premier tube, nous avons ajouté à 10 grammes de sang humain quatre gouttes d'acide phénique pur, soit, d'après notre calcul, 0 gr., 020 par gramme ; jusqu'au vingt-cinquième jour, nous avons eu l'absence de sérosité, la couleur briquetée, la disparition des globules et leur remplacement par des masses granuleuses, caractères qui nous paraissent indiquer l'imputrescence.

Dans un second tube, nous avons ajouté à une quantité semblable de sang trois gouttes, soit 0 gr., 015 par gramme, mêmes résultats.

Dans un troisième, deux gouttes, soit 0 gr., 010 par gramme de sang. Aucun caractère de putréfaction jusqu'au quinzième jour ; à ce moment les globules sanguins existaient encore, mais ratatinés déformés et surtout granuleux à leur surface ; à partir du quinzième jour, nous avons trouvé des bactéries annelées, indices d'une putréfaction commençante et incomplète. Rien de plus jusqu'à présent (vingt-et-unième jour).

Dans un quatrième tube, une seule goutte d'acide phénique pur pour les 10 grammes de sang, soit 0 gr. 005 par gramme. Cette fois, les globules ont persisté en se ratatinant et prenant l'aspect crénelé, mais sans devenir granuleux et sans perdre leur transparence, et nous avons eu le onzième jour la putréfaction, caractérisée non-seulement par les bactéries annelées, mais aussi par des vibrions filamenteux nombreux et très-mobiles. La putréfaction n'avait donc été que retardée, et

ce retard avait été de six à sept jours par rapport à ce qui arrive pour le sang que nous laissons à l'air libre.

En rapprochant ces résultats de ceux que nous a donnés dans les tubes et les verres de montre la solution phéniquée au vingtième, avec laquelle nous mettions en présence du sang environ 0 gr., 012 d'acide phénique par gramme, nous arrivons à cette conclusion, que l'imputrescence de 1 gramme de sang est donnée pour une dose de 0 gr., 010 à 0 gr. 015 d'acide phénique pur et qu'à des doses plus faibles la putréfaction est retardée, mais n'est pas empêchée, à moins que la dose ne soit augmentée peu à peu, soit au moyen de l'évaporation, soit par l'addition quotidienne d'une certaine quantité de solution phéniquée.—*Gazette Médicale.*

(A continuer.)

Traitement de la métrite chronique.

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

On l'a dit bien des fois, et c'est une vérité devenue aujourd'hui banale, que rien ne témoigne de notre impuissance à guérir sûrement une maladie déterminée, comme l'abondance et la variété des moyens thérapeutiques conseillés pour la combattre. Cela est vrai surtout à propos de la métrite chronique, dont je vous ai fait connaître la persistance et la durée, et dont il me reste à vous indiquer le traitement, ce but suprême de nos efforts, cette conclusion nécessaire et forcée de toutes les études médicales, sans laquelle ces études n'auraient plus aucune raison d'être.

Le traitement de la métrite chronique doit toujours être long et difficile, et, pour vous décider à l'entreprendre, avec toute la résolution qu'il comporte, il est nécessaire que je ne me borne pas à faire devant vous une simple énumération des médications si diverses qui ont été dirigées contre cette maladie ; car rien ne serait plus capable de vous décourager que cette interminable liste des moyens employés, avec des

résultats plus souvent nuls ou douteux que franchement favorables. Je ne veux pas que vous considériez la maladie dont il s'agit comme étant au-dessus des ressources de l'art, et cependant je n'hésite pas, vous le voyez, à convenir dès les premiers mots qu'aucune des médications qui lui sont opposées ne nous fournit, par elle-même, un moyen certain d'arriver, dans tous les cas, ni même dans un nombre suffisant de cas, à une curation radicale. Mais rappelez-vous ce que je vous disais à propos de la terminaison de la métrite chronique par la guérison. Il importe de bien s'entendre sur ce qu'on doit appeler la *guérison*, pour ne pas se laisser entraîner à la recherche d'un idéal presque impossible à réaliser, le retour complet de l'utérus à ses dimensions et à sa structure primitives, et il faut savoir se contenter d'un état dans lequel, certaines lésions anatomiques persistant encore, la malade sera débarrassée des principaux symptômes morbides et des troubles fonctionnels qui lui étaient le plus pénibles à supporter. Lorsque tous ces phénomènes auront disparu, vous serez en droit de considérer la guérison comme parfaite, quelque soit du reste l'état anatomique de l'utérus. Cette guérison complète, vous l'obtiendrez rarement, cela est vrai, et, dans le plus grand nombre de cas, vos malades conserveront encore une grande prédisposition au retour des souffrances que vous serez parvenus, à grand'peine, à amoindrir d'abord, avant de pouvoir les faire disparaître. Mais il faut bien savoir que ce soulagement, cette amélioration qui est le prélude de la guérison et qui peut y conduire d'une façon définitive, ne s'obtient jamais, si l'on veut s'obstiner à suivre invariablement les règles d'un traitement systématique, quel qu'il soit. Vous ne parviendrez à un résultat avantageux que si vous savez faire un choix habile dans l'ensemble des moyens qui ont déjà été essayés ou expérimentés, aussi bien que parmi ceux qui pourraient l'être par la suite. Ne vous préparez donc pas à traiter toutes vos malades d'après une seule et même formule, et attachez-vous, au contraire, à varier vos prescriptions, de façon non seule-

ment à pouvoir appliquer, sans hésitation, à chaque malade le traitement qui lui conviendra plus spécialement, mais aussi à savoir varier votre médication dans chaque cas, suivant les indications particulières qui pourront se présenter.

Vous ne pourrez être en mesure d'agir ainsi qu'à la condition de connaître parfaitement l'action, non seulement de chacun des moyens qui ont été expérimentés ou même simplement conseillés, mais encore de ceux que, en dehors de cette liste déjà si longue, vous pourriez être logiquement conduits à essayer de vous-mêmes. Il est d'autant plus indispensable, pour vous, d'être ainsi armés et d'avoir un arsenal complet de médicaments à votre disposition, que, la lutte étant longue et la résistance opiniâtre, vos armes s'émousseront vite et devront être souvent changées ou remises à neuf. Les circonstances dans lesquelles vous avez à varier votre médication sont nombreuses ; ce sera d'abord toutes les fois que la marche de la maladie ou l'apparition des symptômes nouveaux le commandera, et il en est fréquemment ainsi ; puis, et trop souvent, pour satisfaire aux impatiences de vos malades, qui, ne voyant pas l'amélioration attendue survenir avec une assez grande rapidité au gré de leurs désirs, se refuseront à continuer le traitement que vous leur avez prescrit. Alors il vous faudra, si l'indication reste pour vous la même, ou vous décider à changer, sous une autre formule pharmaceutique, le mode d'administration d'un médicament que vous croirez nécessaire de continuer, ou vous résigner à le remplacer par un succédané, ayant sensiblement la même action thérapeutique.

Il ne s'agit donc de rien moins, comme vous le voyez, que de puiser dans toute la matière médicale, et je me trouve conduit à examiner avec vous, pour apprécier dans quelles circonstances ils pourront nous être utiles, chacun de ces moyens thérapeutiques dont la seule énumération me faisait reculer il n'y a qu'un instant. Mais ce qui m'effrayait surtout, c'était l'idée d'avoir à faire cet exposé sans ordre ni méthode,

et j'espère le rendre moins fastidieux, en même temps que plus utile à votre instruction, en établissant certaines divisions, qui nous permettront d'examiner les divers agents thérapeutiques dont l'action nous importe le plus à connaître, après les avoir réunis par groupes, correspondant chacun à un certain nombre d'indications communes.

Une première division s'impose ainsi naturellement à nous : c'est celle qui résulte de l'action même des médicaments, suivant qu'elle s'adresse d'abord à tout l'organisme et ne parvient à modifier que secondairement l'organe malade, ou suivant qu'elle s'exerce immédiatement et sans intermédiaire sur cet organe. Nous avons donc ainsi deux grands chapitres que nous intitulerons : l'un, *médication générale* ; l'autre, *médication locale*, et dans lesquels, avec les subdivisions qu'ils comportent, nous pourrions passer en revue toute la matière médicale.

Afin d'abrégé ces deux chapitres, nous devons ne nous occuper que des agents thérapeutiques qui ont ou qui ont été supposés avoir une action spéciale sur la métrite chronique. Cela ne saurait cependant suffire, car, ainsi que je vous le disais en commençant, rien n'est plus illusoire que la prétention de traiter cette maladie d'une façon en quelque sorte doctrinale, à l'aide d'un ou de plusieurs médicaments qui agiraient à la façon des spécifiques sur le tissu utérin enflammé, ou modifié dans sa structure par le fait de l'inflammation. Il faut savoir se résigner souvent à ne faire rien autre chose que la médecine des symptômes et à ne procurer à la malade d'autre soulagement que celui qui peut être la conséquence de la disparition ou de l'amoindrissement des plus pénibles de ces symptômes. Dès lors, il convient d'examiner à part les moyens qui peuvent être spécialement dirigés contre eux ; c'est ce que je ferai dans un troisième chapitre.

Enfin, l'état général des femmes affectées de métrite chronique commande des soins et souvent un traitement particulier qui, tout en devant concorder avec la médication dirigée contre la maladie elle-même, en diffère souvent, lui est

parfois opposé et par cela même doit forcément rester indépendant et distinct de cette médication. Les indications qui résultent de cette état général, et auxquelles il est indispensable de prévoir, nous fourniront la matière d'un quatrième chapitre, que nous ferons suivre d'un appendice sur l'emploi des eaux minérales naturelles dans le traitement de la métrite chronique. Nous nous occuperons dans un cinquième de l'hygiène qu'il convient de faire suivre aux malades, tant pendant la durée de leur traitement, pour en assurer l'efficacité, que plus tard, pour prévenir les rechutes et les récidives.

Je n'ignore pas qu'en procédant ainsi, je vais m'exposer à de nombreuses et inévitables redites. Mais je préfère cet écueil à celui d'une confusion inextricable, que je n'éviterais pas si je procédais de toute autre façon. Puis je m'imagine que, si j'ai à vous recommander plusieurs fois le même agent thérapeutique, comme pouvant être avantageusement employé, tantôt à titre de modificateur général de l'organisme, tantôt comme moyen local, tantôt enfin parce qu'il est de nature à combattre certaines des complications habituelles de la métrite, ou certains de ses symptômes les plus pénibles, cet agent se trouvera, par cela même, signalé d'une façon toute spéciale à votre attention et vous n'hésitez pas à le choisir de préférence à tout autre, lorsque vous aurez à pourvoir à l'une ou l'autre des indications multiples auxquelles il répond. — *Bulletin général de thérapeutique.*

(La suite au prochain numéro.)

Coqueluche.

Dans la coqueluche, quelques médecins allemands font respirer à leurs malades des vapeurs d'acide carbolique. On enferme les patients dans une chambre, et on répand dans l'air une solution de 20 par 100 d'acide carbolique. — *Pacific Med. et Surg. Journ.*

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

I. RAPPORTS AVEC LES ORGANES DE LA RESPIRATION ET DE LA CIRCULATION.

En conséquence des humeurs stagnantes causées par des obstacles passagers dans la circulation pulmonaire, des extravasations se présentent souvent sous la conjonctive et dans le tissu cellulaire des paupières, ce que nous remarquons dans la coqueluche et après un violent accès de toux.

L'emphysème, une des affections chroniques la plus fréquente des poumons, souvent occasionne la rupture de certains vaisseaux sanguins due à quelques obstacles dans la circulation veineuse.

Il n'y a aucune partie du corps où pendant la vie, les petits vaisseaux sanguins sont plus apparents que dans la conjonctive oculaire et la rétine, les extravasations de sang, dans ces parties, souvent répétées, indiquent un pouvoir diminutif de la résistance des vaisseaux sanguins, dû à la dégénérescence graisseuse de leurs parois et aussi à une dégénérescence simultanée des différents tissus du cœur.

La présence de "*l'arc sénile*" qui est le résultat de dépôts graisseux dans la zone périphérique de la cornée indique particulièrement une maladie du cœur accompagnée d'une dégénérescence graisseuse de ses tissus, surtout si ces symptômes apparaissent chez l'enfant.

Des changements sérieux dans la composition du sang indiquent aussi une diminution générale de la nutrition des parois des vaisseaux sanguins.

Biermer a observé l'apoplexie retinale dans trente-cinq cas d'anémie funeste, fatale, accompagnés d'extravasations des vaisseaux capillaires dans différentes parties du corps.

L'anévrisme de la carotide innominée et l'aorte, causent, par la pression sur le nerf sympathique, une contraction pupillaire du côté correspondant. Une tension diminuée ou

encore un changement considérable de cette tension sur le système artériel produit une pulsation des artères de la rétine dans presque tous les cas ou il y a insuffisance des valvules aortiques, point important qui fut découvert par Becker d'Heidelberg.

Les maladies du cœur, des valvules, endocardite, anévrisme de la carotide et des gaines des artères, en plusieurs cas causent l'embolisme de l'artère centrale de la rétine. Ils peuvent être facilement reconnus ophthalmoscopiquement par l'atténuation extrême des artères, aussi par une opacité blanchâtre de la rétine autour de la papille optique et par des taches jaunes. Une obstruction hémorrhagique dans la rétine, subséquente à un embolisme d'une branche de l'artère rétinale a aussi été décrite par Knapp.

La présence des tubercules dans la choroïde, vus à l'aide de l'ophthalmoscope, est un fait d'une très grande importance pour le praticien. Cohnhein a démontré par de nombreuses autopsies, que dans tous les cas aigus et avancés des tubercules miliars, on les trouvait dans la choroïde et que ceux-ci ne sont jamais trouvés lorsque les tubercules pulmonaires ou intestinaux sont présents.

Ainsi les tubercules miliars sont le plus remarquables dans la Glande thyroïde. Lorsque nous les voyons avec l'ophthalmoscope, ils nous paraissent sous forme de petits points ronds d'une couleur jaune rougeâtre, ayant une grosseur du tiers ou d'une demie de la papille optique. Cependant il y a quelques cas qui ont été remarquables, où l'iritis tuberculaire a existé simultanément avec des tubercules dans la choroïde, dans les yeux de personnes mortes de tubercules miliars.

II. RAPPORTS AVEC LES ORGANES DE LA DIGESTION.

Il est aujourd'hui bien reconnu, que l'irritation dentale ainsi que la carie des racines des dents sont cause de maladie des yeux; entre autres il faut mentionner la conjonctivite simple; la phlycténulaire, causées par l'irritation dentale chez les enfants; l'amblyopie et l'amaurose. Ces maladies quelque

fois disparaissent par l'extraction de la dent malade ou quelque'autre fois elles sont bien diminuées. La marche pathologique qui a lieu dans le nerf optique et la rétine pendant la maladie des dents, n'est pas un fait bien prouvé. En certain cas on ne découvre rien d'anormale dans la rétine à l'aide de l'ophthalmoscope tandis que dans d'autres nous remarquons des opacités ; et chez d'autres encore l'atrophie du nerf optique.

Prenant en considération que la carie des dents peut produire de violentes attaques névralgiques dans les différentes branches de la troisième paire ; et que de plus, une névralgie sévère de la troisième paire cause souvent d'abondantes larmes, l'injection de la cornée, et même dans certain cas très-rares, une inflammation longue et considérable de la partie sensitive de la conjonctive, il est certainement justifiable de supposer que ces dents cariées peuvent produire des changements notables de la rétine dans le nerf optique ou dans le tissu cellulaire de l'orbite. Jusqu'à aujourd'hui cependant il n'y a rien de précis sur ce sujet avec une certitude scientifique.

Pour ce qui concerne les maladies de l'estomac, l'hématémèse, forme la plus dangereuse d'hémorrhagie de l'estomac, cause souvent un affaiblissement considérable de la vue, même aussi, amaurose complète. Cette maladie est évidemment occasionnée, pas tant par l'hémorrhagie qui a lieu dans l'estomac, que par les vomissements causés par cette perte de sang.

Par l'ophthalmoscope on reconnaît l'atrophie blanche des nerfs optiques ; les vaisseaux sanguins de la rétine légèrement rétrécis, et des opacités momentanées dans la rétine.

Il est probable que les changements dans la composition du sang, dûs à la perte subite et abondante de sang, cause une infiltration sereuse de la rétine et l'atrophie du nerf optique. Il est nécessaire de dire ici, que ce changement n'a pas lieu immédiatement après la perte de sang, mais bien quelques jours après.

Après une durée assez considérable de l'amaurose, nous avons remarqué une guérison partielle de la vue. Des observations ophthalmoscopiques de ces cas pourraient peut être jeter de la lumière sur les symptômes nerveux qui surviennent après une perte considérable de sang.

Une sensation douloureuse à la tête et une diminution des facultés intellectuelles, sont des symptômes qui peuvent être causés par des changements dans le cerveau, semblables à ceux que l'on remarque dans la rétine. Il est affirmé que l'helminthiase est cause de maladie des yeux, plus spécialement encore d'une dilatation insuffisante de la pupille, mais aucune observation récente et déterminée, n'a été publiée sur ce sujet.

Il est bien établi que l'on reconnaît la jaunisse par des taches jaunes sur la conjonctive.

Dans la leukémie splénique, la rétine plus particulièrement peut devenir le siège de tumeurs proéminentes semblables à celles que l'on trouve dans le foie, les reins, les plèvres, les carotides, etc., dû à la sortie des corpuscules blancs et rouges du sang à travers des vaisseaux sanguins devenus grâisseux. En examinant avec l'ophthalmoscope ces cas de leukémie de la rétine, l'arrière chambre est d'une couleur jaune orange. Les veines rétinales apparaissent indument distendues, tortueuses et de couleur rouge, les artères rétrécies et d'une couleur jaune pâle, des taches jaunâtres peuvent aussi apparaître dans la rétine qui disparaissent, pour revenir un peu plus tard. La leukémie de la rétine n'est pas un symptôme invariable de la leukémie générale.—*Pac. Med. Journal.*

(A continuer.)

Variole et Vaccination. (*)

Nous avons plus d'une fois parlé de la prépondérance et de la mortalité de la variole à Montréal, que l'on peut attribuer à la lutte contre la vaccination que fait une certaine classe de la population de cette ville. Il paraîtrait que cette opposition de bigot continue encore, malgré le nombre de victimes dont elle est responsable. Le Bulletin du Bureau National de Santé, traitant de ce sujet, dit que 116 mortalités par la variole sont survenues à Montréal pendant les trois mois finissant le 31 octobre 1879. En novembre il y eut 60 décès de plus. Nulle autre ville en Amérique n'affiche un rapport aussi pénible. Le Dr A. B. Larocque, qui tient ce registre, démontre que la présence de cette maladie est due au rejet de la vaccination. 17 décès sur 40, en octobre, étaient dans une rue où 80 enfants étaient sans protection contre le fléau, vu que les parents avaient refusé la vaccination. L'opposition à la vaccination en Canada paraît être si étendue qu'il est impossible de passer aucune loi qui la rende obligatoire. Un point de plus pour l'ignorance, les préjugés et la bigoterie.

Pacific Med. Journal.

L'acide pyrogallique dans l'épithélioma.

Kaposi, de Vienne, recommande fortement cet acide comme caustique dans l'épithélioma. Son application ne cause presque aucune douleur. Dans les cas d'épithélioma de la face, il sépare les portions de tissu malade tout aussi bien que la pâte arsenicale, sans affecter les parties saines. — *Med. & Surg. Reporter.*

(*) Bien que nous publions dans ce numéro un article *ad hoc*, il faut bien remarquer cependant que ces opinions ne sont que le fait du petit nombre des médecins de Montréal. Nous dirons cep^o d'ant que ce sujet est aussi débattu en France, en Angleterre et en Allemagne. — LA RÉDACTION

L'acide Salicylique et le Borax dans l'ozène.

Le Dr. Lennox Browne, de Londres (*Brit. Med. Journal*), prescrit le traitement suivant dans l'ozène :

R. Borax.....	3iij
Acide salicylique.....	3ij
Glycerine	ʒijss
Eau.....	Q. S. ad. ʒiij

Une ou deux drachmes de ce mélange dans un demiard d'eau, à 95° Fahr., furent très-efficaces, soit qu'on s'en serve en douche nasale antérieure ou postérieure, ou en gargarisme ; j'ai déjà employé ce traitement durant plusieurs mois. Il a l'avantage, outre ses qualités antiseptiques, de n'être pas irritant, ni désagréable au goût, mais au contraire d'être même émoullent et de saveur agréable.

Les remèdes dont je parle sont particulièrement adoptés aux cas d'ulcération que, lorsqu'elle survient dans les narines, on considère toujours maintenant due à la syphilis. Mais il y a beaucoup de cas où l'ozène origine de l'épaississement de la sécrétion catarrhale, de rétention et de putréfaction subséquente de la sécrétion normale. Une solution de chlorure d'ammonium et de borax, environ dix grains de chaque au demiard d'eau tiède, agit alors admirablement en enlevant l'accumulation des humeurs, et en rendant normale la sécrétion de la membrane muqueuse.

Dans tous les cas d'ozène, de quelque nature qu'ils soient, il est important de tenir les voies nasales aussi humides que possible, de manière à prévenir le durcissement pendant les intervalles des douches ; dans ce but, on doit enduire l'intérieur des narines avec de la vaseline, contenant grs v d'iodoforme par once. Il est quelquefois nécessaire dans beaucoup de cas de prescrire des lozenges pour détruire la fétidité de l'air expiré. La profession connaît et approuve maintenant les lozenges comprimés de Wyeth, contenant du chlorate de potasse, ou du chlorate de potasse et du borax ;

mais il y a dans le commerce des lozenges effervescentes et antiseptiques, contenant du thymol et de l'acide salicylique, dans la proportion de gr. 1/10 de la substance active dans chaque variété. Plusieurs de mes patients, qui en ont fait l'essai, prisent hautement leur utilité.—*Canada Lancet*.

Usage thérapeutique de l'acide boracique.

E. Kurz, de Florence, dit (*Memorabillien*) qu'il a employé avec beaucoup de succès un onguent composé de cinq parties d'acide boracique et de dix à quinze parties de vaseline dans plusieurs cas d'eczéma de la face et des membres. Il put guérir en trois semaines un cas d'eczéma squameux qui persistait depuis cinq mois. Chez un enfant dont toute la tête était affectée d'impetigo l'application de l'acide boracique après la disparition des écailles produisit une guérison d'une promptitude remarquable. Il guérit en un et deux mois respectivement par l'application de l'acide boracique deux fois par jour deux cas de prurigo qui avaient résisté à tout autre traitement durant une année. Le même traitement fut heureux dans un cas de psoriasis non-syphilitique existant depuis trois ans, où l'arsenic et l'acide carbolique n'avaient produit aucune amélioration. L'usage de l'acide boracique durant un mois ne produit aucun effet dans un cas de loupus exfoliatif; et l'acide salicylique ne donna qu'une légère amélioration. Dans deux cas de gonorrhée grave des injections d'une solution d'acide boracique (une partie pour cent d'eau) arrêtaient l'écoulement presque tout à fait; l'emploi du sous-nitrate de bismuth détruisit une faible sécrétion de mucus qui durait depuis quelque temps.—*British Med. Journal*
—*Maryl. Med. Journal*.

INSTITUT MÉDICAL.

Samedi, 6 Mars 1880.

Aujourd'hui a eu lieu, dans une des salles de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, la dernière séance régulière de l'Institut Médical pour la session 1879-80. Quoique l'inauguration de nos séances n'ait eu lieu que le 29 Novembre dernier, nous pouvons dire cependant que nous avons eu plus de dix réunions auxquelles s'est rendue chaque fois une affluence assez considérable d'étudiants. Qu'il soit dit sans autres détails que le nombre des membres actifs de l'Institut Médical s'est élevé cette année à 43. Parmi les nombreux travaux qui ont été exécutés, nous devons mentionner les intéressantes dissertations qui ont été faites sur le traitement "de l'éclampsie puerpérale," "des inflammations en général;" "des hémorrhagies passives et actives" etc., auxquelles ont pris part Messieurs L. J. Blondin, J. M. Beau-soleil, Em. St. Jacques, W. Beaupré, Chs. Larocque, L. O. Lavallée, A. Camyré, J. E. Fournier, etc., etc. Entr'autres travaux originaux, nous citerons la jolie lecture de M. J. F. Rioux, sur le médecin et les charlatans, et celle de Monsieur H. H. Manseau sur les épreuves et les qualités du médecin. Nous n'oublierons pas, non plus de mentionner les excellentes réflexions de M. J. Thériault sur les devoirs de l'étudiant en médecine, le travail concluant de M. J. E. Fournier sur la fièvre scarlatine et les données instructives de M. Chs. Girard sur la natation et son importance comme modificateur hygiénique et thérapeutique de la constitution. En somme, nous devons être fiers des résultats obtenus et nous pouvons considérer les progrès accomplis cette année comme une sûre garantie pour l'avenir.

Par ordre etc,

J. M. ROBILLARD,
Sec.-Archiviste.

BIBLIOGRAPHIE.

MONTREAL GENERAL HOSPITAL REPORTS CLINICAL AND PATHOLOGICAL BY THE MEDICAL STAFF, EDITED BY WILLIAM OSLER, M. D., M. R. C. P., LOND. VOL. I., MONTREAL: DAWSON BROS., PUBLISHERS, 1880.

Nous accusons réception de ce premier volume des rapports de l'Hôpital Général de Montréal. C'est un beau volume de 370 pages dont l'apparence et la partie typographique ne laissent rien à désirer, et qui renferment plusieurs bonnes figures représentant quelques spécimens pathologiques.

Ce volume contient un récit circonstancié des faits les plus intéressants qui se rencontrent dans la pratique de cet hôpital. Tous les articles sont dûs aux médecins qui en ont la direction médicale.

Le premier article est une étude sur la leucocythémie, avec le rapport de quatre cas, accompagnés de figures, par R. P. Howard, M. D.

Le second article comprend des cas de médecine rapportés par George Ross, A. M., M. D.: Un cas de dilatation excessive de l'estomac dûe à l'étroitesse du pylore, résultat de la contraction d'un vieil ulcère; un cas de cirrhose du foie avec hypertrophie, caractérisé par la jaunisse, la fièvre et des hémorrhagies; un cas de spasme uni-latéral, à mouvement lent, auquel Hammond donne le nom d'*athétose*; un cas de paralysie spinale aigue chez un adulte (*Polio-myélite antérieure aigue*).

Le troisième article est l'exposé de notes avec figures sur des anomalies observées dans la salle de dissection de l'Université McGill par Francis J. Shepherd, M. D., M. R. C. S. Eng.

Quinze cas d'ablation de tumeur du sein, d'après la méthode antiseptique, par T. G. Roddick, M. D., forment le sujet du quatrième article.

Le cinquième article est l'historique d'un cas d'apoplexie spinale par Georges Wilkins, M. D., M. R. C. S., Eng.

Le Dr Buller fait les frais du sixième article en traitant de l'emploi de l'ésérine en ophthalmiatrie.

Le Dr Roddick, dans le septième article, expose des cas de chirurgie, survenus dans l'hôpital: Carie de l'atlas et de l'axis, cancer du rectum, courbature de l'épine dorsale, torticolis, hernie de l'omentum, état éléphantique du pied dû à une nécrose des os, fracture multiple, anévrisme poplité, tumeur sarcomateuse du radius, blessure de la cuisse par instrument tranchant, cas de cellulite, commotion du cerveau calcul urinaire, blessure à la main par arme à feu, carcinome du vagin, coxalgie, synovite; telles sont les faits rapportés dans cet article.

Des cas d'anomalies du cœur décrits par William Osler, M. D., M. R. C. P. Lond., avec figures explicatives, font le sujet du huitième article, qui est écrit d'une manière claire et lucide.

La description d'un nouveau kymographe par George Wilkins, M. D., M. R. C. S. Eng. forme le neuvième chapitre.

Le dixième article est l'histoire d'un cas de Méningocèle par T. G. Roddick, M. D. Des figures explicatives accompagnent ces deux descriptions.

Le Dr. Reddy donne l'histoire d'un cas de rupture de la valvule mitrale, dans le onzième chapitre.

Le douzième article est consacré par le Dr. Buller à des cas de pratique oculaire.

Une figure représentant un cas remarquable de favus chez une jeune fille de dix ans, avec description par le Dr. Roddick, fait le sujet de l'article treizième.

Les trois derniers articles comprennent des considérations sur la fusion des deux segments des valvules semi-lunaires par le Dr. Osler; des remarques sur la méthode antiseptique de Lister, par le Dr. Roddick; enfin un rapport circonstancié et choisi de 225 nécropsies faites à cet hôpital par le Dr. Osler.

Le volume se termine par une revue statistique des cas de fièvre typhoïde, de pneumonie et de rhumatisme aigu et par

un rapport général des maladies et des accidents traités dans cet hôpital durant l'année finissant le 30 Avril 1879, dû au Dr. Bell.

Quelques-uns des articles paraissent être écrits pour remplir autant de pages que possible, sans égard à leur utilité ou à leur intérêt intrinsèque. Nous devons à la vérité de dire que les plus courts paraissent être ceux qui ont le plus de valeur. Tel est le cas, notamment, pour les travaux des Drs. Osler, Bell et Wilkins, qui sont tout-à-fait originaux et qui comportent des informations de la plus haute importance dans un ouvrage de ce genre.

Nous suggérerions en conséquence au Dr. Osler, s'il fait paraître un second volume à l'avenir, de mettre un frein à ce qu'on peut appeler le *cacoïtus scribendi* de quelques uns, qui s'attachent surtout à faire un article long pour ne semer que quelques grains de bon froment.

Nous félicitons cependant cordialement les autorités de l'hôpital général de Montréal d'avoir donné publication de ce rapport, et d'avoir fait connaître à la profession médicale les faits les plus importants qui s'y rencontrent.

C'est là un volume instructif rempli d'information utile, et que la modicité du prix met à la portée d'un chacun.

Le prix de souscription est de \$1,00 ; pour les non-souscripteurs : \$2,00.

Nous devons principalement ce volume aux travaux et à l'initiative du Dr. Osler, qui, bien qu'un des membres les plus jeunes de la profession, a déjà donné de nombreuses preuves de son habileté et de son application remarquable.

Dispensaire de la Providence.

M. le Dr. A. A. Lefavre a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois de février 1880.

Le total des ordonnances a été de 2407, et celui des visites à domicile de 172.

M. le Dr. J. A. LeBlanc est chargé du service pour le mois de mars.

Naissances.

En cette ville le 13 février la Dame de Jos. Gagnon Ecr. M. D. une fille

En cette ville le 24 février la Dame du Dr. A. B. Champagne, un fils.

Décès.

En cette ville le 18 février Marie Alphonsine Blanche, enfant de Jos. Gagnon M. D. à l'âge de 5 jours.

J. G. BIBAUD, M.D.

VISITES ET CONSULTATIONS,

EN VILLE ET A LA CAMPAGNE

HEURES DE BUREAU :

De 8 à 9 hrs. A.M. De 12½ à 2 hrs., et de 5 à 8 hrs. P.M.

NO. 30, RUE ST. DENIS, MONTRÉAL