

Bibliothèque numérique

medic @

**La Presse médicale - [Volume
d'annexes]**

*1899, semestre01, Volume d'annexes. - Georges
Carré et C. Naud, 1899.*

Cote : ANM90009

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Boucicaut.
F. JAYLE Assistant de Chirurgie à l'hôpital Broca.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luçon.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général.
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESPOSES Secréétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

ECTOPIE TESTICULAIRE INGUINALE, par S. DUPLAY 4
LES PHÉNOMÈNES DE RÉPARATION DANS LES CENTRES NERVEUX APRÈS LA SECTION DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES, par A. VAN GEHUCHTEN (avec 6 figures en noir) 3

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la maladie d'Addison, par A.-F. PLEQUE 7

ANALYSES

Rhinologie, otologie, laryngologie : Contribution à la chirurgie acoustique et fonctionnelle de l'oreille moyenne; résultats de quelques mobilisations et de quelques extractions de l'arrière, par M. G. FARAGI 8
Thérapeutique et matière médicale : Traitement des pleurésies séreuses par les badigeonnages de gaulon, par M. M. Prozorovsky. — Incompatibilité de certains médicaments, par M. MAUSIER 8
Médecine publique et hygiène : Propagation et prophylaxie de la tuberculose, par M. A. R. V. WEISMANN 8

Les fêtes du Centenaire de l'Académie impériale de médecine militaire de Saint-Petersbourg 2

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Le pouvoir anti-virulent du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique, MM. BÉLÈRE, CHAMON, MÉNARD et JOUSSET 2
Académie de médecine : Rapport de fin d'année, M. JACOUD. — Traitement de la sclérodémie et du rhumatisme chronique par l'iodothyne, M. LANGEBEAUX 3
Société de biologie : Leucémie aiguë, M. HAYEM. — Réaction de la moelle osseuse. Hématoblastes, M. HAYEM. — Épilepsie expérimentale. Sympathéctomie, M. LA-BORDE, MM. DEJERINE, CHARRIN. — Streptocoques et sérum de Marmorek, MM. Le Roy des Barres et WEINBERG. — Du rôle de l'ionisation dans les phénomènes vitaux, M. GLEY 3

PRATIQUE MÉDICALE

Expression du placenta par le procédé de Credé modifié 3

Répertoire thérapeutique 3

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 3

CARABANA PURGE GUÉRIT
CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
Succédané des Eaux Sulfureuses.
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^e, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 11 Janvier 1899, à 1 heure. — M. MARESCAL : Du rôle musculaire dans la pathogénie des entorses du genou; MM. Tillaux, Joffroy, Gilles de la Tourette, Legueu. — M. GOZET : De la cystoscopie et des cystoscopes; MM. Tillaux, Joffroy, Gilles de la Tourette, Legueu. — M. ENARD : Contribution à l'étude des défilés multiples successifs ou coexistants; MM. Joffroy, Tillaux, Gilles de la Tourette, Legueu.

Judi 12 Janvier 1899, à 1 heure. — M. BÉAUCÉ : Les consultations charitables de Renaudot; MM. Proust, Wurtz, Achard, Langlois. — M. FAUCONET : Essai sur le travail en chambre considéré au point de vue sanitaire; MM. Proust, Wurtz, Achard, Langlois. — M. LAMICHE : Des pleurésies à bacille d'Eberth; MM. Proust, Wurtz, Achard, Langlois. — M. LAZEX : De l'hémiplégie des ataxiques; MM. Debove, Hebbel, Troisième, Théroloix. — M. BEAUVIN : Infections des nouveau-nés dans les convalescences; MM. Hutinel, Debove, Troisième, Théroloix. — M. GROS : Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires; MM. Le Dentu, Berger, Quénu, Albarran. — M. TULASSE : Contribution à l'étude des kystes hydatiques glandulaires du pancréas; MM. Le Dentu, Berger, Quénu, Albarran. — M. PAUMIER : Contribution à l'étude du traitement des hernies crurales irréductibles; MM. Berger, Le Dentu, Quénu, Albarran. — M. TUAL : Traitement des fractures de la rotule par le cerclage; MM. Le Dentu, Berger, Quénu, Albarran. — M. BUREAU : Hémorragies traumatiques du foie chez le nouveau-né pendant l'accouchement; MM. Budin, Rémy, Charrin, Wallich. — M. MENIER : Un cours provincial d'accouchement au XVIII^e siècle; MM. Budin, Rémy, Charrin, Wallich. — M. LANDAU : Traitement des hémorragies post-partum; MM. Budin, Rémy, Charrin, Wallich. — M^{lle} CHATELMIKOFF : Contribution à l'étude du lait stérilisé chez les nourrissons; MM. Budin, Rémy, Charrin, Wallich.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 Janvier 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Méry, Retterer, Broca (André). — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Desgrèz, Launois. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Delbet, Broca (Aug.). — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu : MM. Blum, Humbert, Lejars.

Mardi 10 Janvier 1899. — 2^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Guyon, Albarran, Wallich. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Le Dentu, Budin, Rémy. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Berger, Hartmann, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccoud, Raymond, Charrin.

CAPSULES COGNET
 Eucalyptol absolu iodoformo-crésolé.
BRONCHITES aiguës et chroniques, **TUBERCULOSE**

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
 Écrire Paris, Compagnie de Pongues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINTE-GALMIER BADOIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodora, sans Mercure. **LAURENOL**

CONTREXEVILLE-PAVILLON

Mercredi 11 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Reclus, Poirier, Sébilleau. — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Lannelongue, Blum, Varnier. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) MM. Pinard, Humbert, Walther.

Judi 12 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Guyon, Poirier, Hartmann. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Panas, Bonnaire, Thiéry. — 4^e : Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Chantemesse, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 13 Janvier 1899. — 1^{er} Ancien régime : MM. Gariel, Blanchard, Desgrèz. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Potain, Gaucher, Teissier. — 4^e : Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Dupré. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker : MM. Poirier, Delbet, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Joffroy, Lancereaux, Méry. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Bau-deloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 14 Janvier 1899. — Dissection, Ecole pratique : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard, Gley. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Cornil, Menétrier, Roger. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bouvaire, Wallich.

COURS

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Joffroy reprendra ses cours à l'Asile Sainte-Anne, le jeudi 12 Janvier 1899, à 3 heures de l'après-midi.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours de l'Internat.

29 Décembre. — ARTERE CAROTIDE PRIMITIVE. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA SCARLATINE. — MM. Du Pasquier, 10.

— Weill (Benjamin), 10. — Balthazard, 14. — Demaldent, 9. — Daniel, 6. — Marichaud-Bauchand, 17.

30 Décembre. — ANATOMIE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA CONGESTION PULMONAIRE. — MM. Laury, 15. — Sébilleau, 10. — Gaspe, 11.

— Dambin, 14. — Armand-Delille, 16. — Bender, 14. — Roglet, 10. — Fouquet, 7.

Prochaine séance mardi 10 Janvier, à 4 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. — MM. ALBERT ROBIN et P. DALCHÉ commenceront leurs leçons de *thérapeutique médicale* à l'hôpital de la Pitié, le lundi 9 Janvier, à 9 h. 3/4 du matin.

Les lundis, M. ALBERT ROBIN traitera successivement les questions suivantes :

1^o Des fausses utérines. Indications générales du diagnostic et du traitement.

2^o Traitement hydro-minéral des maladies des femmes.

Les vendredis, M. P. DALCHÉ traitera des maladies de la menstruation, de la puberté et de la ménopause, au point de vue de la *thérapeutique gynécologique médicale*.

3^o Les maladies de la prostate.

4^o Les maladies de la vessie.

5^o Les maladies de l'urètre.

6^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

7^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

8^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

9^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

10^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

11^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

12^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

13^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

14^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

15^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

16^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

17^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

18^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

19^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

20^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

21^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

22^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

23^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

24^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

25^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

26^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

27^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

28^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

29^o Les maladies de la vessie et de l'urètre.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Action en dommages-intérêts contre un médecin. — Un malade mécontent du traitement à lui ordonné par son médecin traitant a-t-il le droit, non seulement de refuser de payer les honoraires du praticien, mais encore de lui réclamer des dommages-intérêts? Telle est la question qu'avait à résoudre ces jours derniers la troisième chambre de la Cour d'appel.

M^{me} X..., femme d'un riche entrepreneur parisien, étant assez gravement malade, avait reçu les soins de M. P..., qui l'avait traitée au moyen d'injections iodées. La malade ne s'en trouva pas très bien, et non seulement M. X... refusa de payer les 600 francs d'honoraires réclamés par M. P..., mais encore le poursuivit en 10,000 francs de dommages-intérêts pour réparation du préjudice causé à la santé de sa femme.

Le défenseur de M. P... a soutenu que les tribunaux ne peuvent être compétents qu'en cas de fautes lourdes et d'obscureté des règlements professionnels; il a établi, en outre, que le traitement de M. P... était parfait et recommandé par les maîtres dans l'art de guérir.

La Cour a confirmé cette théorie et, par un jugement qui sera accueilli avec satisfaction par le Corps médical, condamné M. X... à payer à M. P... ses 600 francs d'honoraires.

La peste à Madagascar. — On télégraphie de Tananarive, à la date du 31 Décembre :

La peste continue à sévir à Tamatave; mais elle y reste localisée grâce aux mesures très énergiques prises par le gouvernement.

Depuis le commencement de l'épidémie, le 25 Novembre, on n'a constaté que 204 cas dont 132 décès, parmi lesquels 23 créoles, 69 Malgaches, 39 Asiatiques et 2 Européens.

Le cordon sanitaire entoure toujours Tamatave, et tous les voyageurs européens et indigènes montant vers l'Enymerne sont soumis à la visite tout le long de la ligne des côtes. Les travailleurs de la route de Tamatave à Tananarive sont licenciés, et les travaux sont suspendus.

La capitale est divisée en quartiers qui sont surveillés par des médecins et soumis à des mesures minutieuses d'hygiène et de propreté.

L'enquête a établi que la peste avait été apportée par un navire venant de Bombay et apportant une cargaison de riz.

Les premières victimes ont été des indigènes opérant le déchargement du bâtiment.

De grands travaux de voirie et d'assainissement sont considérés comme indispensables pour éviter le retour de l'épidémie, car les conditions hygiéniques de Tamatave sont très mauvaises, par suite de l'entassement des immigrés créoles, indiens et chinois qui habitent des cases de bois et de paille malpropres.

Étrangor.

— Il résulte d'une statistique publiée par la *Deutsche medizinische Wochenschrift* que le nombre des médecins établis dans l'empire, et surtout dans les grandes villes, suit une progression croissante. Il était à la fin de l'année 1898 de 25,757, alors que Berlin, par exemple, ne comptait, en 1876, que 848 praticiens, c'est-à-dire un médecin par 1,154 habitants; elle en possède actuellement 2,233, c'est-à-dire une proportion de 1 médecin par 751 habitants. Dans les autres grandes villes, l'encombrement de la carrière, pour être moins accentué, n'en est pas moins sensible. Il ne semble pas d'ailleurs près de prendre fin, à en juger par le nombre des étudiants en médecine inscrits dans les différentes Universités : il était de 8,633 pendant le semestre d'été de 1898.

— Sir William Thomson, le chirurgien anglais bien connu, a été créé baronnet à l'occasion du 1^{er} Janvier.

Nécrologie. — On annonce de Genève la mort de M. Denis Monier, professeur de chimie biologique à l'Université de cette ville.

LES FÊTES DU CENTENAIRE

DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE MILITAIRE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Les fêtes du centenaire ont commencé le jeudi 29 Décembre (17 du calendrier russe); le professeur Landouzy nous adresse de Saint-Petersbourg quelques notes qui permettront de se rendre compte du caractère et de l'éclat des cérémonies qui ont eu lieu à cette occasion.

L'Académie militaire de médecine de Saint-Petersbourg est un établissement d'enseignement supérieur, placé sous le haut patronage de l'Empereur et sous la direction du ministre de la Guerre; elle ne dépend pas de l'Université. Seule Faculté de médecine de Saint-Petersbourg, son but est de former des médecins pour les armées de terre et de mer. Fondée par Paul I^{er}, elle dispose, grâce à une subvention considérable du ministre de la Guerre, de ressources que ne possède aucune autre Faculté; elle occupe, d'ailleurs, le premier rang parmi les Ecoles supérieures spéciales de Russie.

L'Académie militaire donne l'instruction pendant

cinq ans à 750 étudiants choisis parmi les meilleurs élèves des gymnases : plus de la moitié d'entre eux sont boursiers soit de l'État, soit de subventions particulières.

Le corps enseignant se compose de 31 professeurs et de 70 privat-docents. Le président est actuellement M. le professeur émérite, Pachoutine, le secrétaire, M. le professeur Dianine.

L'Académie militaire avait invité aux fêtes de son centenaire les corps médicaux constitués et les sociétés savantes du monde entier. Nous rappelons que pour la France les délégués étaient : de l'Académie des Sciences et du Collège de France, M. d'Arsonval; de l'Académie de Médecine et de la Faculté de Paris, M. Landouzy; du Ministère de la Guerre, M. Du Jardin-Beaumetz assisté de M. Djiewowski. L'Institut Pasteur s'est fait représenter par M. Laveran; la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques par MM. Dignat et d'Hotman de Villiers.

Le 29 Décembre, les fêtes commémoratives ont commencé à une heure de l'après-midi par un service funèbre, dans la chapelle de l'Académie, en mémoire des chefs et professeurs défunts de l'Académie.

Après le service avait lieu la séance annuelle de l'Académie, ouverte par un discours du professeur Dianine, sur l'idéal de la médecine, terminée par la distribution des prix, après un compte rendu des travaux des élèves.

Le 30, à 9 heures du matin, service funèbre à la cathédrale Saint-Pierre et Saint-Paul, en mémoire de l'empereur Paul I^{er}, fondateur de l'Académie, des empereurs Alexandre I^{er}, Nicolas I^{er}, Alexandre II, Alexandre III, protecteurs de l'Académie, au cours duquel une couronne est déposée sur le tombeau de Paul I^{er}.

À 2 heures de l'après-midi, après présentation des principaux délégués au ministre de la Guerre, séance solennelle dans la salle de la Noblesse. La salle est comble; décorations, galons d'or et d'argent y ruissellent, car tout le monde en Russie, civils et militaires, porte l'uniforme.

Discours du ministre de la Guerre, président, entouré de tous les professeurs de l'Académie. Aperçu historique sur l'Académie, par son président, professeur Pachoutine, qui est lu par le professeur Belarminow, en l'absence du professeur Pachoutine retenu par une attaque de grippe. Distribution de titres de membre honoraire ou correspondant de l'Académie à nombre de professeurs étrangers parmi lesquels on peut citer, pour la France, MM. Bouchard, Duclaux, Roux, Guyon, d'Arsonval, Landouzy, Raymond, Chauffard, Dejerine, Lannelongue, Berthelot. Lecture des adresses, qui ayant commencé à 3 h. 1/4 par celle de S. A. I. le grand-duc Constantin, au nom de l'Académie des sciences de Saint-Petersbourg qu'il préside, ne se termine qu'après 6 heures. Au nom de la Faculté, le professeur Landouzy prononce les paroles suivantes :

« Par délégation spéciale du Grand-Maitre de l'Université de France, au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, plus vieille de quatre ans que sa sœur de Saint-Petersbourg, j'apporte à l'Académie Impériale militaire de médecine, en hommage, le *Livre d'Or* que la Faculté de Paris publia lors de son Centenaire, le 27 Novembre 1894.

L'Académie Impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg verra, dans notre *Livre d'Or*, quels liens l'unissent à la Faculté de médecine de Paris, et comment furent communes leurs origines.

La Convention qui, en 1794, organisait l'École de santé de Paris, devenue notre Faculté de médecine, voulait, tout comme l'empereur Paul I^{er}, le 18 Décembre 1798, « fournir d'officiers de santé les armées de terre et de mer ».

A l'origine, notre École de santé de Paris instruisait trois cents étudiants qui, sous le nom d'« élèves de la patrie », recevaient pendant trois ans, sur les fonds d'État, une bourse annuelle de 1,500 francs.

Pendant que, par suite de maints changements survenant dans son mécanisme, la Faculté de Paris devenait une École de santé civile, l'Académie Impériale de médecine de Saint-Petersbourg s'incarnait dans une forte organisation militaire qui faisait d'elle la célèbre, la puissante et la riche École dont nous fêtons aujourd'hui le glorieux centenaire.

C'est que l'Académie Impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg, non contente d'acquiescer la première place parmi les Ecoles supérieures spéciales de Russie, contribuait, aussi bien par la haute culture des études médicales que par l'éclat

jeté par ses maîtres dans l'enseignement, contribuait, dis-je, à jeter les fondements d'une médecine nationale.

C'est à votre renommée, c'est à votre prospérité, Académie Impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg, que vient rendre hommage et apporter ses vœux la Faculté de médecine de Paris.

Elle salue vos maîtres, elle vénère vos grands morts, qui revivent dans votre œuvre autant que dans votre tradition : vos Pirogow, vos Gruber, vos Zinine, vos Botkine, et d'autres qui font votre juste orgueil, comme sont nos gloires à nous, Faculté de médecine de Paris, les Fourcroy, les Cabanis, les Corvisart, les Laënnec, les Dupuytren, les Desgenettes, les Bouillaud, les Cruveilhier, les Trousseau, les Broca, les Charcot et les Tarnier, pour ne parler que de nos grands morts. Pas plus que les vôtres, ils ne périssent, puisque leur œuvre féconde, autant que leur enseignement éclatant, leur méritent la plus pure des gloires; puisqu'ils ont avancé, eux aussi, l'heure d'un autre désarmement général, celui des maladies et des misères humaines; puisque, par la science pacifique agrandie et conquérante, puisque, par la médecine charitable et bienfaisante, ils ont travaillé à faire couler moins de larmes, à éteindre les maladies, à soulager la douleur autant qu'à retarder la mort.

Haut et loin derrière elle, peut, avec sérénité, regarder l'Académie Impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg. Au jour glorieux de son Centenaire, fière de la tâche remplie, elle peut s'enorgueillir de tout ce que, par l'enseignement comme par la culture des choses de la médecine, elle a fait et préparé pour servir la cause de la solidarité humaine.

Au nom de généreuses ambitions partagées, au nom de nobles aspirations communes, au nom de mêmes tâches humanitaires acceptées, la Faculté de médecine de l'Université de Paris apporte à ce Centenaire, avec son salut fraternel, le vœu cordial qu'elle forme pour que, Académie Impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg, vous remplissiez, demain comme hier, pleines et glorieuses, vos destinées, sous la direction de votre illustre Président, sous le haut patronage de votre magnanime Empereur. »

Le même jour du 30, à 10 heures du soir, bal des étudiants à la salle de la Noblesse.

Le 31 Décembre, à midi, représentation au théâtre impérial Marie, de l'opéra *Le prince Igor*, œuvre de feu Borodine, professeur à l'Académie; le soir, banquet du Centenaire.

Le 1^{er} Janvier, visite de l'Académie, des cliniques et des institutions annexes.

Tel a été le programme de ces fêtes, au cours desquelles nous n'avons pas besoin de dire que nos délégués français ont reçu le plus chaleureux et le plus sympathique accueil.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

26 Décembre 1898.

Le pouvoir anti-virulent du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique. — MM. Béclère, Chambon, Ménard et Jousset. En 1892, Sternberg avait annoncé qu'une goutte de vaccin mélangée à quatre gouttes de sérum d'un veau vacciné depuis deux semaines a perdu, au bout d'une heure de contact, la propriété de provoquer une éruption vaccinale.

Les auteurs, ayant repris et étendu cette question, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Le sérum de génisse vaccinée recueilli quatorze jours après l'inoculation n'est pas doué seulement des propriétés immunisante, préventive et curative : il exerce *in vitro* sur le vaccin une action qu'on peut qualifier d'*anti-virulente*, puisque le sérum vaccinal, après avoir baigné dans ce sérum, cesse d'être inoculé avec succès et ne produit plus ou presque plus de réaction locale.

Cette même propriété anti-virulente s'observe également chez l'homme, le cheval, et vraisemblablement toutes les espèces animales sensibles à l'inoculation.

Cette propriété anti-virulente apparaît, quelle que soit la voie d'introduction (épidémique, sous-cutanée, intra-veineuse), et que l'infection vaccinale s'accompagne ou non d'une éruption cutanée.

Le sérum des convalescents de variole exerce, sur le virus vaccinal, une action anti-virulente comme le sérum des vaccinés.

Le sérum des animaux variolés à la même action.

La substance anti-virulente du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection variolique ou vaccinale est d'une composition très stable : elle offre une grande résistance à l'action du temps, de la lumière, de la chaleur, d-s moisissures, et même des agents de putréfaction ; elle présente de grandes analogies avec les diastases.

Les propriétés anti-virulentes conférées au plasma sanguin par l'infection vaccinale ou variolique apparaissent, quelle que soit la voie d'introduction du virus, après une période d'incubation variable chez les diverses espèces, mais de durée assez fixe pour chacune d'elles, n'oscillant au moins que dans d'assez étroites limites. Le sang met plusieurs jours à acquérir ses propriétés anti-virulentes, de neuf à treize jours chez la génisse.

Le moment où les propriétés anti-virulentes du sérum deviennent très manifestes est précisément celui où le virus sous-épidermique et intra-dermique perd toute activité et où commence vraiment l'immunité.

La période d'immunité consécutive à l'infection vaccinale ou variolique, de durée très variable chez les diverses espèces, se compose de deux phases successives : une première phase où le sang conserve ses propriétés anti-virulentes qui vont en décroissant ; une seconde phase où le sang ne manifeste plus aucune trace de pouvoir anti-virulent, tandis que la peau résiste encore à de nouvelles inoculations.

Pendant la première phase, de la période d'immunité, la substance anti-virulente peut traverser le placenta et détermine l'immunité congénitale. On ne la trouve pas dans l'urine.

Dans l'espèce humaine, où l'immunité persiste le plus longtemps, bien que de durée très variable suivant les individus, on peut reconnaître la présence de la substance anti-virulente dans le sérum plus de vingt-cinq ans et même plus de cinquante ans après, l'infection vaccinale ou variolique. Chez certains sujets, cette substance ne se montre dans le sérum que pendant quelques mois, quelques semaines, quelques jours seulement. Elle peut même n'y être décelée à aucun moment. On ne connaît encore ni ses lieu et mode de production, ni ses lieu et mode de destruction.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

3 Janvier 1899.

M. Jaccoud résume, dans un très intéressant rapport de fin d'année, les travaux effectués par l'Académie sous sa présidence.

Il cède ensuite le fauteuil de la présidence à M. Panas.

Traitement de la sclérodémie et du rhumatisme chronique par l'iodothyrique. — M. Lancelleux présente deux malades traités par l'iodothyrique.

1^o Une femme atteinte de sclérodémie depuis deux ans, qui a été sensiblement améliorée après un traitement de quatre mois par l'iodothyrique en poudre donnée à des doses progressivement croissantes depuis 0,50 jusqu'à 4 grammes par jour ;

2^o Un homme atteint de rhumatisme chronique, avec troubles trophiques des extrémités, tophus des oreilles et artériosclérose, qui a été également amélioré par l'usage de l'iodothyrique depuis deux mois et demi.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

31 Décembre 1898.

Leucémie aiguë. — M. Hayem. A propos de la communication de MM. Gilbert et Weil, faite à la dernière séance (*Presse Médicale*, n° 106, p. 200), je voudrais ajouter aux trois cas de leucémie, cités par ces auteurs, une observation qui m'est personnelle. Elle concerne une jeune femme de trente ans, enceinte, qui succomba à une maladie hémorragique. L'examen du sang me permit de constater la formule hématologique décrite par Fraenkel : leucocytose prononcée, diminution des globules rouges, disparition des hématoïdes, apparition d'hématies nucléées. La mort survint par anémie progressive, et sans élévation de température. Ces cas ne sauraient être diagnostiqués que par l'examen du sang.

Réaction de la moelle osseuse. Hématoïdes.

— M. Hayem. Dans l'intéressante observation que M. Dominici a communiquée à la dernière séance (*Presse Médicale*, n° 106, p. 200), je tiendrais à mettre en valeur le rôle important joué par les hématoïdes dans ces processus de rénovation sanguine. Le globule blanc, le globule rouge nucléé ne sont pas les seuls éléments dus à la réaction de la moelle osseuse ; il faut tenir compte de l'hématoïde, qui est loin d'être un élément négligeable. Les recherches déjà anciennes que j'avais poursuivies avec M. Luzet m'avaient permis, surtout chez les animaux à globules rouges nucléés (pigeons), de conclure à la transformation de l'hématoïde en hématie. Je crois donc que dans l'observation de M. Dominici, il faut attribuer à la crise hématoïdique, signalée du reste par l'auteur, et non à la poussée d'hématies nucléées, l'évolution d'une anémie grave vers une anémie

de moyenne intensité. Si l'on voulait nier la participation de l'hématoïde dans le processus de rénovation sanguine, il faudrait, par l'examen fréquemment répété, établir l'absence de ces éléments hématoïdiques et constater, au contraire, la présence d'hématies nucléées. Or, il n'existe jusqu'à présent dans la science aucune observation de ce genre.

Epilepsie expérimentale. Sympathectomie. — M. Laborde. Je voudrais revenir sur des faits que j'ai signalés il y a quelques semaines à la Société (*Presse Médicale*, n° 82, p. 100). Quelques-uns de mes résultats expérimentaux datent actuellement de sept mois. Ils sont restés tels que je les avais observés à cette époque. La résection du sympathique, faite dans un but préventif ou thérapeutique chez des cobayes rendus épileptogènes par section du sciatique ou hémisection de la moelle, n'a entravé en rien, chez ces animaux, la marche ou l'intensité des crises épileptiques.

M. Dejerine. Ces faits expérimentaux sont d'accord avec ce que nous enseigne la clinique. J'ajouterais même que je viens de recevoir dans mon service une jeune fille, sympathectomisée pour crises d'épilepsie jacksonienne, et qui a vu depuis l'opération ses crises se généraliser et augmenter de fréquence et d'intensité.

M. Charrin. Je rappellerai, à propos de la communication de M. Laborde, que j'ai pu chez des cobayes créer des zones épileptogènes en les soumettant à des intoxications variées, et notamment à l'inoculation de toxines microbiennes.

Streptocoques et sérum de Marmorek. —

MM. Le Roy des Barres et Weinberg. Nos expériences, à ce sujet confirment celles de M. Lignières, et nous pensons qu'il est possible, par le sérum de Marmorek, d'immuniser les animaux contre un échantillon quelconque de streptocoque, à la seule condition de pratiquer l'immunisation en plusieurs temps.

Du rôle de l'ionisation dans les phénomènes vitaux. — M. Gley lit, au nom de M. Maillard (de Nancy), une note sur le rôle joué par l'ionisation dans les phénomènes vitaux.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

Expression du placenta
par le procédé de Credé modifié.

A la clinique obstétricale de Dorpat, l'expression manuelle du placenta, après la sortie de l'enfant, se pratique, d'après von Budberg, de la façon suivante :

Après avoir adressé quelques paroles à la patiente de façon à distraire son attention et à éviter une contraction brusque de la paroi abdominale, on place une main sur le fond de l'utérus, le pouce et l'émence ténar en avant, les quatre autres doigts étendus en arrière ; ceux-ci, par des mouvements de friction d'abord très doux, puis de plus en plus énergiques, s'enfoncent progressivement derrière la paroi postérieure de l'utérus, de façon qu'à un moment donné la main tienne bien l'utérus. Pendant ce temps, l'autre main est placée de telle manière que son bord cubital s'appuie contre le bord supérieur du pubis, tandis que le pouce, d'un côté, et les autres doigts de l'autre, s'appuient contre les parois latérales de l'utérus et s'enfoncent progressivement dans l'abdomen.

Les mains une fois placées de cette façon, on attend une contraction utérine qui ne tarde pas à se produire. C'est à ce moment seulement qu'on comprime avec les deux mains l'utérus ; cette compression est graduelle et suit, pour ainsi dire, dans son intensité, la marche de la contraction utérine.

Le plus souvent, le placenta est expulsé après cette manœuvre. Mais, il faut se garder de retirer alors brusquement les mains ; leur retrait ne doit se faire que graduellement, par une diminution progressive de la compression qu'on exerce, afin d'empêcher le redressement brusque de l'utérus et l'aspiration dans sa cavité des mucosités vaginales et de l'air.

Comme, pendant cette manœuvre, le bord cubital de la seconde main, en s'enfonçant derrière le pubis, pèse sur la vessie, il arrive souvent que la malade urine pendant que le placenta apparaît à la vulve ; cette miction a pour avantage d'éviter le cathétérisme de la vessie, qu'on est encore assez souvent obligé de faire après l'accouchement.

Si, pour une cause quelconque, l'expression du placenta échoue, les mains restent en place pour recommencer la même manœuvre d'expression pendant une nouvelle contraction utérine.

Dans les cas où la plus grande partie du placenta

a déjà franchi le segment inférieur de l'utérus, il suffit d'exercer seulement la compression comme elle vient d'être décrite, avec la main placée au-dessus du pubis.

Dans les cas où l'épaisseur de la paroi abdominale empêche de bien saisir l'utérus, on procède de la façon suivante. On introduit dans le vagin l'index et le médium, qui, en longeant chacun un bord du col, repoussent l'utérus en haut et vers le promontoire ; pendant ce temps, l'autre main, placée sur le fond de l'utérus, exerce une compression de la façon habituelle. L'utérus se trouvant ainsi fixé, la compression amène avec la plus grande facilité la sortie du placenta.

Sur 950 accouchements, le procédé et ses deux variantes n'ont échoué que dans le cas où il y avait soit atonie de l'utérus, soit lésions graves (fibrome, dégénérescence fibreuse du placenta, tétanisation par ergot de seigle).

Répertoire thérapeutique

Personne ne songe à contester, aujourd'hui, l'importance primordiale des éléments minéraux dans l'organisme : il semble bien que les diathèses ne soient pas autre chose que des modifications quantitatives du rapport de ces éléments nutritifs. Qu'ils entrent dans la molécule des albumines ou que leur présence soit nécessaire aux échanges chimiques, leurs variations en plus ou en moins modifient si profondément la nutrition cellulaire, qu'un organisme peut en être affaibli et donner prise aux infections. La médication préventive doit donc se proposer de remédier à l'état diathésique, si elle veut accroître la résistance aux agents microbiens.

Deux éléments minéraux, entre autres, sont surtout utiles à la reconstitution protoplasmique : c'est le phosphore et la chaux.

L'action stimulante, nerveuse et nutritive du phosphore est connue depuis longtemps : la présence de cet élément dans la matière cérébrale et nerveuse, dans les hématies, dans l'albumine, la fibrine et le plasma est une preuve suffisante de son importance. D'autre part, l'élimination exagérée des phosphates dans la période pré-tuberculeuse indique assez que l'affaiblissement organique est dû à cette débâcle. L'importance de la chaux a encore été mise en évidence par les travaux récents qui prouvent son importance dans les phénomènes de coagulation du sang.

La diminution du taux des sels de chaux dans le sang diminue sa coagulabilité : or, on sait que la diathèse hémophile, c'est-à-dire l'organisme dont le sang est peu coagulable, est très sensible à la tuberculose.

On peut parer à ces affaiblissements en administrant les hypophosphites de M. Churchill. Leur action immédiate porte d'abord sur l'innervation et se traduit chez les sujets déprimés par un sentiment de bien-être et de force inaccoutumée. Parallèlement, l'appétit est considérablement augmenté et les phénomènes d'assimilation s'accroissent : les fonctions intestinales se trouvent, par conséquent, régularisées. On observe aussi un accroissement du nombre des globules sanguins et du taux de l'hémoglobine. Chez les femmes, la menstruation devient régulière et facile ; chez les enfants, la croissance est activée sans qu'elle fasse naître ces accidents si communs de neurasthénie et d'épuisement.

Ainsi, les hypophosphites se trouvent indiqués non seulement chez les sujets, qui, soit par hérédité, soit par suite de leur genre de vie, se trouvent en opportunité tuberculeuse, mais aussi chez les anémiques et les chlorotiques, chez les rachitiques et, d'une manière générale, chez tous les malades qui se trouvent menacés par leur déchéance organique.

BIBLIOGRAPHIE

C. Van Merris. — *Amélie-les-Bains*. Le climat et les eaux sulfureuses. Br. in-16, de 136 pages. Prix : 2 francs (A. MALOINE, éditeur).

H. Sanières. — *Résultats de la pratique du tubage à la clinique infantile* (service de M. le professeur Bézzy). Br. in-8° raisin, de 64 pages.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — I. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le Vin de Vivien

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

IODURE SOUFFRON

SOLUTION à 1/15
SIROP à 1/20
DRAGÉES à 0,25

Chimiquement pur
TITRE
Inaltérable

ASTHME, GOUTTE, LYMPHATISME, GOUTTE, SYPHILIS
NI CORYZA, NI GASTRALGIE, NI CEPHALALGIE

Très recommandé par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, très exactement titré et absolument inaltérable. (Échantillons sur demande.)

FABRIQUE-VENTE en GROS : SOUFFRON, 21, rue Poncelet, Paris, et toutes pharmacies

Xéroforme

est le seul produit capable de remplacer avantageusement l'iodoforme. Il coûte d'abord moins cher que l'iodoforme, et dans son emploi il ne faut qu'un quart du poids de l'iodoforme; il est dépourvu d'odeur, nullement toxique et puissamment bactéricide. Avec lui, pas d'éruptions médicamenteuses à redouter, pas d'eczéma!

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, 15 Place des Vosges, Paris.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)
SOURCE BADOIT
DEBIT DE LA SOURCE: 30 Millions de Bouteilles PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public
L'EAU DE TABLE LA PLUS DIVINE — La plus saine à l'Estomac.
Décree du 12 Août 1897

- GRANULÉE**
4 cuillerées à café équivaut à quatre cuillerées d'huile de Foie de Morue... Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES**
4 dragées équivaut à une cuillerée à bouche d'huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.
- ÉLIXIR**
On croit boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP**
1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.



La Pangaduine
Le Meilleur des Fortifiants
Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'huile de Foie de Morue

Délicieuse au goût

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'huile de Foie de Morue est indiquée: Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'huile de Foie de Morue.

DEPOT: 44, rue Cambon, PARIS
SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 8, quai de Metz LYON
Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)
Phosphite de Gaiacol, synonyme "GAIACOPHOSPHAL" (Déposé)

Hémorrhagies **Lymphatisme**

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec,
représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON : 4 FRANCS

Anémie **Chlorose**

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate
de CHAUX
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

CONTRE LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE LA CHLORO-ANÉMIE
SIROP FRAÏSSE
à l'OXYHÉMOGLOBINE ET GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
PRIX: 5 Francs

PHOSPHATÉES
PILULES FRAÏSSE
à l'OXYHÉMOGLOBINE ET GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
DEPOT: GRANDE PHARMACIE MARIUS FRAÏSSE, 83, RUE MOZART, PARIS

MARIUS FRAÏSSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

L A

PRESSE MEDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN

Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY

Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER

Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE

Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE

Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaud.

M. LERMOYEZ

Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE

Secrétaire-général

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

APPENDICITE SOUS-HÉPATIQUE PAR ARRÊT DE MIGRATION DU CÆCUM, par M. GLANTE-NAY 9

MÉDECINE PRATIQUE

Petite chirurgie oculaire, par M. A. TROUSSEAU . . 10
Les paraplégies curables, par M. A.-F. PLOQUE . . 11

ANALYSES

Anatomie et physiologie : Recherches sur l'action physiologique du sérum d'anguille. Contribution à l'étude de l'immunité naturelle et acquise, par MM. CAMUS et GLEY 11
Médecine : Des hypertrophies rénales compensatrices au cours des néphrites chroniques, par M. A. CHAUFFARD 11
Chirurgie : Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire, par MM. AUGER et CHAVANNAZ 12
Obstétrique et gynécologie : Relation d'un cas de monstruosité fœtale. Absence complète du cordon. Insertion du placenta dans le périnée de l'enfant, par M. A. LÉSSARD 12
Thérapeutique et matière médicale : Des applications thérapeutiques du courant ondulatoire en gynécologie, par M. E.-I. MARQUIS 12
Médecine publique et hygiène : La tuberculose et le lait; remarques sur les dangers du lait impur, par M. SHERIDAN DELÉPINE 12

Le kéfir à l'eau comme boisson hygiénique dans l'armée, par M. J. CARTERET 5

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Fistule stercorale. M. MONOD. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer du col utérin, M. PICQUÉ. — Sur l'appendicite, M. ROUTIER. MM. RECLUS, ROUTIER, BAZY, TILLAUX. — Paralysie radiculaire totale du plexus brachial par chute sur le nuage de l'épaule, M. TUFFIER. M. SCHWARTZ. — Pseudo-hermaphrodite masculin, M. HARTMANN. — Résection du fémur pour sarcome, M. SCHWARTZ 7
Société médicale des hôpitaux : Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, M. NETTER. M. RENOU. — Périgastrite douloureuse consécutive à un ulcère simple de l'estomac, M. MEKLEN. MM. MATHIEU, HAYEM. — Des végétations cancéreuses rendues par les vomissements, M. MATHIEU. — Maladie bleue avec transposition totale des viscères, M. SIKORA. — Rapport sur les vaccinations et les revaccinations dans les colonies françaises, M. HERVIEUX 8
Société médico-chirurgicale : Des dangers de la trachéotomie tardive dans le croup confirmé, M. DUBRECH. M. GILLET. — Valeur sémiologique de certains troubles oculaires en pathologie générale, M. JOCOS. MM. BERTHO, JOCOS, BOULOUINÉ, JOCOS, MOUTIER, JOCOS, DENSON 9

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ILES BRITANNIQUES. — Société médico-chirurgicale de Glasgow : Tuberculose de l'encéphale, M. STEVEN. — Gîrrose du fœtus chez un enfant, M. HUNTER. — Ulcères perforants, M. STEVEN 9

ÉTATS-UNIS. — Association médicale de New-York : Rétrécissement de l'ossophage consécutif à une fièvre typhoïde; ga-trostomie, M. DENNIS. — Kyste dermoïde multiloculaire du scrotum, M. MAULEY. — Ostéomyélite du tibia, M. MAULEY 10

LIVRES NOUVEAUX

Matières colorantes et microbes, par M. NICOLLE 10

PRATIQUE MÉDICALE

L'acide cinnamique et le traitement des tuberculoses . . . 10

RENSEIGNEMENTS

A céder un appartement occupé vingt ans par un docteur décédé le 31 Décembre dernier. S'adresser 14, rue du Château-d'Eau.

Étudiant n'ayant que sa thèse à soutenir désire faire remplacement à Paris ou environs. S'adresser au Journal (34).

La commune de Voullaines (Côte-d'Or) demande un médecin. Allocation de la commune: 800 francs par an. S'adresser à M. Petit, maire.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

3^e EXAMEN DE CHIRURGIES DENTISTE

Lundi 9 Janvier 1899. — Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Sébileau, Pielkiewicz, Brochard. — Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Legueu, Aguilhon de Sarran, Richer.

Mardi 10 Janvier 1899. — Charité (1^{re} série) : MM. Tillaux, Cruet, Thomas. — Charité (2^e série) : MM. Thiéry, Brochard, Richer.

Vendredi 13 Janvier 1899. — Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Quéou, Pielkiewicz, Aguilhon de Sarran. — Hôtel-Dieu (2^e série), MM. Mauclair, Thomas, Brochard.

Samedi 14 Janvier 1899. — Charité (1^{re} série) : MM. Rémy, Cruet, Thomas. — Charité (2^e série) : MM. Thiéry, Aguilhon de Sarran, Richer.

HOPITAUX ET HOSPICES

Hôpital Saint-Antoine. — M. A. BÉCLÈRE reprendra, le dimanche 15 Janvier, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, ses conférences et exercices pratiques de radioscopie médicale :

A 10 heures. — Conférence de radiologie (les rayons de Rontgen : moyens de production, modes d'emploi, applications) au diagnostic médical).

A 10 h. 1/2. — Présentation et examen radioscopique des malades.

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHERAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société anatomique. — La séance annuelle (constitution du bureau) a eu lieu hier à 3 heures. M. Morely a été nommé membre correspondant.

Société médicale du XVII^e arrondissement. — La Société a constitué son bureau pour 1899 : Président : M. René Belin; Vice-présidents : MM. Gaucher et Dubois de Lavignerie; Secrétaire-général : M. Ducor; Secrétaires annuels : MM. Rochebois et Farret.

Service de santé militaire. — Sont nommés : Directeur du Val-de-Grâce, le médecin-inspecteur Kirsch, directeur de l'École de santé de Lyon, en remplacement de M. Mathieu, admis au cadre de réserve; Directeur de l'École de santé de Lyon, le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon.

Le cerveau de Vacher. — M. Toulouse, médecin à l'asile de Villejuif, a confié l'examen morphologique de l'hémisphère gauche, le seul intact du cerveau de Vacher, à M. Manouvrier, professeur à l'école d'anthropologie. L'autre hémisphère a été, ainsi que le cervelet et la moelle, découpé en fragments pour l'étude micrographique. M. Toulouse s'est réservé quelques-unes de ces pièces, qu'il compte examiner dans son laboratoire; d'autres ont été envoyées, pour le même examen, à divers anatomo-pathologistes : à M. Klippel, médecin des hôpitaux, à M. Philippe, chef de laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, à M. Rabaud, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales à Sainte-Anne, et enfin, à M. Lombroso, qui en avait fait la demande.

En répartissant le travail entre plusieurs spécialistes, qui se contrôleront les uns les autres, M. Toulouse a pensé que les experts dont, on sait, il a combattu les conclusions, ne pourraient l'accuser d'être en avis uniquement personnel, et, par conséquent, suspect.

Epidémies de fièvre typhoïde. — Une grave épidémie de fièvre typhoïde règne à Cherbourg depuis la première quinzaine de Novembre, principalement sur les troupes de la marine. Le nombre des malades à l'hôpital maritime est actuellement de trois cents, et il y a eu de nombreux décès.

L'épidémie sévit tout particulièrement dans les casernes recevant les eaux de la Divette, qui sont contaminées et que tous les filtres sont impuissants à purifier.

L'administration de la marine a pris toutes les précautions recommandées en la circonstance pour arrêter la propagation de la maladie; les soldats n'ont plus eu à leur disposition que de l'eau stérilisée ou bouillie, les troupes ont été disséminées, les casernes ont été nettoyées; enfin, le ministre a chargé l'inspecteur général du service de santé de la marine de faire une enquête sur les causes de l'épidémie et sur les mesures à prendre pour améliorer l'état sanitaire de la garnison.

Les mesures prescrites ont amené une diminution dans l'intensité de l'épidémie, les entrées à l'hôpital sont moins nombreuses, et, somme toute, la situation

CARABANA Purgation pour régime.
Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

POUGUES TONI-ALCALINE

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 2, 7 JANVIER 1899.

VER SOLITAIRE
Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
A l'Extrait vert étheré des Rhizomes frais de l'Yogère mâle des Vosges.
Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

est, moins mauvaise; mais des dispositions devront être prises pour prévenir le retour de l'épidémie actuelle, en donnant à toutes les casernes une eau stérilisée.

Un commencement d'épidémie de fièvre typhoïde vient de se déclarer également parmi les élèves de l'École annexe de médecine navale de Brest.

Sur une cinquantaine d'élèves que compte l'École, une dizaine ont été atteints et sont en traitement à l'hôpital de la marine. Un des malades, âgé de vingt ans, est décédé.

Le typhus à Alger. — Un cas de typhus vient de se déclarer à la prison Barberousse, et trois autres cas suspects étant signalés, des mesures ont été prises immédiatement pour arrêter la contagion; elles consistent dans le transfert de tous les prisonniers de Barberousse dans les établissements civils et militaires situés hors d'Alger, notamment au lazaret de Matifou.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 52^e semaine, 906 décès, au lieu de 863 pendant la semaine précédente. Cette légère augmentation est due aux maladies de l'appareil respiratoire, qui, d'ailleurs, reste au-dessous de la moyenne. Le chiffre actuel est encore inférieur à la moyenne ordinaire de la saison (943).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (la moyenne est 5); la rougeole en a causé 5 (au lieu de la moyenne 7); la scarlatine, 2, chiffre identique à la moyenne; la coqueluche, 7 (la moyenne est 4), et la diphtérie, 9 (au lieu de la moyenne, 13). Il y a eu 1 décès par variole. Cette dernière maladie n'a causé, dans tout le cours de l'année 1898, que 5 décès.

Étranger.

— M. Hugo Wiener est nommé privat-docent de pathologie générale et expérimentale à l'Université allemande de Prague.

— M. Ernst de Czylharz a été nommé à la place d'assistant, vacante dans la clinique Nothnagel, par suite du décès de M. Müller, qui a succombé, comme on se souvient, à la peste.

LE KÉFIR À L'EAU

COMME BOISSON HYGIÉNIQUE DANS L'ARMÉE

Par M. J. CARTERET

Médecin aide-major de 1^{re} classe.

Depuis le mois de Mai 1896, on fabrique, au 126^e régiment d'infanterie en garnison à Toulouse, une boisson hygiénique nouvelle, « le kéfir ». C'était le devoir du médecin de s'intéresser à cet essai, qui, poursuivi déjà depuis deux années, a suffisamment fait ses preuves pour que nous exposions aujourd'hui en quoi il a consisté et quels en ont été les résultats.

On appelle « kéfir » du lait fermenté que l'on prépare en y ajoutant un ferment spécial : grains ou graines de kéfir. Telle est la définition médicale. Il n'en est plus ainsi au 126^e : de l'eau, du sucre et des graines de kéfir, mélangés en certaines proportions, voilà la boisson; c'est, en quelque sorte, un kéfir à l'eau que je vais étudier. Mais, avant de le faire connaître, il ne sera pas inutile de dire quelques mots du kéfir au lait; on saisira mieux les points sur lesquels ces deux boissons diffèrent et se ressemblent.

Kéfir au lait.

Le kéfir est la boisson habituelle des habitants du Caucase. Il est préparé de la façon suivante :

Dans du lait de vache frais, on met les graines de kéfir dans la proportion de deux cuillerées à bouche de ferment par litre de liquide. Le récipient n'est pas bouché. On l'agite de temps en temps. Au bout de huit heures, on décante le lait et on le met dans des bouteilles bien bouchées. La fermentation continue; après vingt-quatre heures, on a le kéfir faible; après quarante-huit heures, le kéfir moyen; et enfin, le troisième jour, le kéfir fort. Après trois jours, il prend un goût de plus en plus aigre, il n'est pas supportable.

Le kéfir est blanc comme du lait, d'une consistance mi-solide, mi-liquide, d'un goût aigrelet, mousseux. On l'a appelé chez nous *vin de lait mousseux*. Les Tartares le trouvent fort agréable, si nous nous en rapportons à l'étymologie du mot, car kéfir viendrait de *keif*, délice.

L'origine du ferment est des plus obscures. Les habitants du Caucase le regardent comme un présent d'Allah à Mahomet, et ils l'appellent « le millet du prophète ». En effet, à l'état sec, il se présente sous la forme de petits grains terreux, rappelant un peu l'aspect du millet. Stern le considère comme une graine d'une plante indigène, poussant sur le mont Elbruz à la limite des neiges.

Voici comment il prendrait naissance. Les her-

gers du pays préparent une boisson particulière avec le lait de chèvre, à laquelle ils donnent le nom de *Ariau*. Pour la confectionner, ils versent du lait frais dans une cruche en chêne, doublée d'une peau de mouton, au goulot étroit, y mettent un morceau d'estomac de mouton ou de veau, et, lorsque le lait est caillé, le remuent en agitant l'outre de temps en temps. C'est dans cet état qu'ils font usage de ce lait. A mesure que le lait se consomme, on le remplace par du lait frais, qui, lui-même, subit la même fermentation. Le procédé se répète à l'infini. Au fond de l'outre se déposent peu à peu les graines de kéfir¹.

Freundenreich² a fait une étude très intéressante du ferment. A l'exemple de Kern, Kramhals, Beyerrinck, Scholl..., il le considère comme un type d'association microbienne. Il décrit : 1^o une levure; 2^o des bâtonnets avec spores arrondies aux deux extrémités (*dispora caucasien*); 3^o des streptocoques à gros cocci; 4^o des streptocoques à cocci beaucoup plus petits. Deux de ces microorganismes n'ont jamais pu donner le kéfir, les quatre réunis l'ont toujours donné, et même il a suffi de trois (streptocoques et levures), à l'exclusion du *bac. caucasien*.

En résumé, le kéfir est le produit d'une fermentation complexe, due à la symbiose de plusieurs microorganismes.

Bien qu'employé de temps immémorial dans le Caucase, le kéfir n'a été connu chez nous que dans ces dernières années. En Russie même, sa connaissance ne date que de Décembre 1881, époque où Kern lut à la Société Impériale des Naturalistes de Moscou un travail sur le kéfir : *nouveau ferment du lait*, qu'il avait recueilli dans ses voyages.

En France, il n'a été introduit qu'en 1885, grâce à M. Martin, directeur de l'École nationale d'industrie laitière de Mamirolle (Doubs), qui avait appris à le connaître à Zurich, au cours d'une mission d'études. A son instigation, des essais furent entrepris à Lyon (Lépine) et à Paris (Dujardin-Beaumetz). Alors parurent les premiers travaux sur le kéfir³. Aujourd'hui il est définitivement entré dans la thérapeutique, et en voici le pourquoi.

Le kéfir est du lait qui a subi un triple processus chimique : 1^o fermentation d'une partie du sucre de lait, du lactose, et sa transformation en acide carbonique et alcool; 2^o fermentation d'une autre partie du sucre du lait et son dédoublement en acide lactique; 3^o peptonisation des matières albuminoïdes du lait.

L'acide carbonique et l'alcool à petites doses dilués sont des excitants de la digestion; l'acide lactique vient encore accroître cette action; enfin, les matières albuminoïdes peptonifiées sont des aliments déjà en voie de transformation digestive. Aussi le kéfir a-t-il été appelé par M. Lépine « un aliment complet à son maximum de digestibilité », et par M. Hayem « un aliment en partie digéré ».

Dès lors, il a été employé dans tous les cas d'épuisement des fonctions digestives, dans l'anémie, l'entérite et la diarrhée chroniques, la phthisie, et en général dans tous les états cachectiques de l'organisme. Mais, si le kéfir a pu s'étendre dans le domaine thérapeutique, il ne l'a pas dépassé; il n'est jamais entré dans la consommation journalière, il est resté un médicament qu'on n'absorbe que par nécessité. Or, c'est justement comme boisson habituelle, à l'égal du vin, du cidre et de la bière, que le kéfir a été essayé au 126^e d'infanterie.

Kéfir à l'eau sucrée.

Tous les ans, dans l'armée, à l'époque des fortes chaleurs, on fabrique des boissons dites hygiéniques. Chaque capitaine a ses préférences et donne à ses hommes de la glyzine, de l'alcool de menthe, de l'eau rouge ou non avec un peu de vinaigre, du coco, du cassis. Le mot « hygiénique » nous paraît désigner moins la boisson que le but à atteindre, qui est avant tout d'obtenir une boisson rafraichis-

sante et inoffensive, afin d'empêcher l'ingestion de grandes quantités d'eau pure et de prévenir ainsi l'écllosion d'affections intestinales. Après les manœuvres on ne prépare plus ces boissons, et, jusqu'au retour de l'été, l'eau redevient « la boisson ordinaire du soldat ».

Au mois de Mai 1896, les compagnies du régiment commençaient déjà à fabriquer leur liquide hygiénique lorsque M. le lieutenant-colonel de Châteaubourg nous parla d'une boisson agréable, très rafraichissante, qu'il appelait le kéfir. Ce n'était pas le kéfir fabriqué avec du lait, mais avec de l'eau et du sucre. Grande fut notre surprise : c'était la première fois que nous entendions parler de cette préparation. Depuis, nous avons recherché s'il en était parlé dans la littérature médicale : il n'en est pas soufflé mot. En voici d'ailleurs l'origine.

Le docteur de Châteaubourg, frère du colonel, avait conseillé à un malade de prendre du kéfir. Celui-ci, ne pouvant pas le boire, imagina, fantaisie de malade, de mettre des graines dans de l'eau et de faire fermenter du sucre. Il prit cette boisson avec plaisir. Le médecin fut lui-même étonné du goût assez agréable de la préparation; il en fabriqua à son tour pour mieux l'apprécier et la fit connaître au lieutenant-colonel M. le capitaine de Soos, commandant la 7^e compagnie, résolut d'essayer cette boisson, pensant qu'acidulée, mousseuse, rafraichissante, elle ne pourrait qu'être agréable à ses hommes.

Le début fut des plus encourageants; il y avait peu de kéfir, c'est vrai, mais il était bu. La quantité augmenta; elle avait beau augmenter, elle était toujours insuffisante, et, en somme, depuis le mois de Mai 1897, 100 litres sont préparés chaque jour et le kéfir est devenu, hiver comme été, la boisson de la 7^e compagnie.

L'essai, on le voit, a été fait sur une grande échelle et pendant près de trois ans. En voici les résultats.

Nous envisagerons successivement le ferment, la préparation du kéfir, son installation, ses propriétés physiques et chimiques, l'accueil que lui firent les soldats; enfin, nous nous demanderons quelle est sa valeur comme « boisson hygiénique ».

Ferment. — Il a un aspect tout différent selon qu'on l'examine sec ou humide.

À l'état sec, ce sont des grains assez petits, de forme irrégulière, bosselée; les plus gros ne dépassent pas la dimension d'une noisette; leur couleur est jaune clair, quelques-uns sont roux, d'autres ont une teinte brunâtre et ressemblent à des débris de minéral. Répandus sur une table, on les prendrait volontiers pour des miettes de pain desséchées.

L'odeur varie suivant qu'il est conservé dans un endroit sec ou humide : dans le premier cas, elle est discrète, un peu aigrelette; dans le second cas, c'est une odeur âcre de fruit pourri. Chaque grain forme une petite masse, un petit bloc qu'il est difficile d'effriter entre les doigts, même à une forte pression.

À l'état humide, les mêmes grains se gonflent; ils quintuplent et décuplent leur volume; quelques-uns atteignent les proportions d'une noix. La coloration est plus pâle, blanche, translucide avec un léger reflet jaunâtre. De loin on dirait de la glace pilée provenant d'une eau trouble; de près et au toucher, on a l'illusion de petits morceaux de gélatine décolorée. L'odeur est celle du poiré. La graine s'écrase facilement entre les doigts, cependant elle a encore une certaine résistance et est élastique; en effet, si on la laisse tomber par terre, elle ne s'aplatit pas, elle rebondit et roule comme un petit morceau de caoutchouc.

Tel est le kéfir de la caserne. Si nous spécifions « de la caserne », c'est parce qu'il diffère sensiblement d'un échantillon qui nous a été envoyé de la Pharmacie Centrale de Paris.

Ce dernier, à l'état sec, a les grains beaucoup plus gros, d'un jaune safran, d'aspect gras, d'une odeur de beurre rance. À l'état humide, la graine perd sa coloration, devient d'un blanc opaque et garde son aspect bosselé qui l'a fait comparer à « de petites têtes de choux-fleurs ».

Malgré ces différences, nous nous sommes demandé si ces deux ferments n'étaient pas identiques, celui de la caserne ayant pu être modifié par son séjour dans l'eau. Dans ce but, nous avons préparé : d'un côté, du lait avec les graines de la caserne, de l'autre, du kéfir à l'eau avec les graines de la Pharmacie Centrale. Au bout de deux mois, les graines de la caserne étaient devenues plus jaunes, plus opaques, et avaient pris une odeur de

1. DUJARDIN-BEAUMETZ. — « Kéfir ». *Dictionnaire de thérapeutique*.

2. FREUNDENREICH. — « Recherches bactériologiques sur le kéfir ». *Annales de micrographie*, 1897, Janvier.

3. BOURQUELOT, *Revue scientifique*, 1886. — LÉPINE, *Semaine médicale*, 1887. — SAULET, « Des laits fermentés », *Thèse*, Paris, 1886. — KOSTA DIVYETICH, « Le kéfir », *Thèse*, Paris, 1888. — BAUDIN, « Note sur un essai d'installation de kéfir à Besançon », *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, session de 1893, Besançon. — HAYEM, *Leçons de thérapeutique*, 1893.

beurre; au contraire, les graines de la Pharmacie Centrale s'étaient décolorées et avaient perdu beaucoup de leur odeur; leur aspect se rapprochait davantage de celui du kéfir de la caserne. Ajoutons que le kéfir à l'eau, obtenu avec les graines de la Pharmacie Centrale, avait au début une odeur insupportable de beurre rance, c'était un affreux breuvage. Cette odeur s'atténua avec chaque lavage et chaque préparation; elle disparut complètement au bout de huit jours.

L'examen bactériologique des graines de la caserne nous a fait constater une levure, des cocci disposés parfois en courtes chaînettes, et enfin un bacille fournissant dans les milieux de culture toutes les réactions du subtilis; évidemment ce dernier est une souillure, mais il a été constant dans nos examens. Nous avons cherché en vain le *Dispora caucasica*. Nous nous garderions d'opposer notre témoignage à celui de Frenckenreich, nous n'avons pas examiné le même ferment, et le *Dispora caucasica* peut avoir disparu de nos graines.

Préparation. — Avant tout, il faut avoir des graines à l'état frais. Si elles sont sèches, on les lave pour les débarrasser des poussières qu'elles ont reçues dans l'opération du séchage, puis on les met dans l'eau tiède. Au bout de cinq à six heures, elles se sont gonflées et ont repris les caractères de la graine fraîche. On peut alors les employer.

La fabrication est des plus simples; elle est calquée sur celle du kéfir au lait. Nous ne ferons que transcrire la petite note qu'avait eu l'amabilité de nous envoyer le lieutenant-colonel :

« Pour un litre de graines de kéfir, mettre deux litres d'eau et 50 grammes de cassonade brune par litre d'eau. Remuer le mélange. Laisser ainsi trois jours dans une cruche ou tout autre récipient, qu'on recouvrira à cause des mouches et des poussières, mais que l'on ne fermera pas trop hermétiquement pour que les gaz puissent se dégager. Au bout de trois jours, remuer encore et mettre dans des bouteilles, que l'on ne remplira pas complètement et dont on fixera les bouchons, qui sauteraient sans cette précaution. Boire après deux ou trois jours de bouteille. On doit de préférence prendre de la cassonade provenant de canne à sucre; la cassonade brune contenant des impuretés, il faut la passer à travers une mousseline, après l'avoir fait dissoudre avant de la mettre dans la cruche. »

La température exerce une influence très marquée sur la fermentation. Dans une atmosphère chaude de cuisine, en été, les bouchons sautaient vers le troisième jour de la mise en bouteilles. On fut obligé de les ficeler; on débouchait le kéfir à l'instar du Champagne. Préparé en grande quantité, il mousse bien moins.

Les graines qui ont servi n'ont pas épuisé leur action. Leurs propriétés ne s'affaiblissent pas par l'usage, elles restent au bout d'un an, de deux ans, ce qu'elles étaient la première fois. Bien mieux, le ferment augmente à fur et à mesure qu'on l'utilise. Des graines, se détachent des petits fragments gros comme des grains de semoule; chacun d'eux s'accroît pour son compte et atteint les dimensions d'une lentille, d'un pois, d'une noisette; ces nouvelles graines donnent d'autres débris qui, à leur tour, grossissent et forment d'autres graines. La multiplication peut être indéfinie. C'est ainsi que leur quantité double, triple, décuple, et l'on peut fabriquer deux, trois, dix fois plus de kéfir.

C'est cette augmentation curieuse du ferment qui décida le capitaine de Soos à essayer le kéfir; elle lui faisait entrevoir la possibilité d'en distribuer un jour à tous ses hommes.

Installation. — L'essai a été fait au mois de Mai 1896 avec 4 litres 1/2 de ferment donnés par le lieutenant-colonel. Il ne sera pas sans intérêt d'entrer dans les détails de la première installation.

Le matériel fut le suivant : trois cruchons en terre de 5 litres, une passoire, un tamis et un entonnoir.

Dans chaque cruchon, on mit 1 litre 1/2 de graines, 3 litres d'eau et 150 grammes de sucre. Au bout de trois jours, le liquide était mis en bouteille; après trois jours de bouteille, le kéfir était bu.

Pour favoriser la fermentation, on plaça les récipients dans les combles, qui sont l'endroit le plus chaud de la caserne en été. On songea bien à les mettre aux cuisines, mais il fallait compter avec l'indiscrétion possible des cuisiniers.

Il n'était préparé qu'un cruchon par jour; on n'eut donc que 3 litres de boisson. Mais, la graine augmenta. Pour en perdre le moins possible dans

la mise en bouteilles, on fit passer le liquide dans une passoire à trous de 2 à 3 millimètres. Cette précaution ne parut pas suffisante; la passoire arrêta bien les graines, mais non les petits fragments, qui se déposaient au fond des bouteilles. On interposa alors entre la passoire et l'entonnoir un tamis fin, qui arrêta tous les débris des graines. Ce fut une économie de ferment; en même temps, l'aspect du kéfir y gagna : il fut moins trouble.

Au bout de deux mois, le ferment avait doublé. Après les manœuvres, il y en avait 30 litres. Afin de n'avoir pas à augmenter sans cesse le nombre des récipients, le capitaine résolut de faire une installation définitive; la voici telle qu'elle est actuellement.

Le kéfir est fabriqué au rez-de-chaussée, dans une petite salle, mieux vaudrait dire réduit, situé dans l'atelier des tailleurs. La salle étant chauffée en hiver, la fermentation ne peut qu'en bénéficier. Trois cuves de 120 litres et six barils de 50 litres remplacent les cruchons et les bouteilles.

La préparation est restée la même. Dans chaque cuve, on met une quantité d'eau double de celle du ferment et 50 grammes de sucre par litre d'eau. Au bout de trois jours, on met en baril, en ayant soin de tamiser le liquide pour ne pas perdre de ferment. Après trois jours de baril, le kéfir est bu.

Au mois de Février 1897, on comptait 25 litres de ferment et 50 litres de boisson par jour, soit un demi-litre par homme. Au mois de Mai 1897, ces quantités avaient doublé; il y avait 50 litres de ferment et 100 litres de liquide, soit 1 litre par homme. Si l'on se rappelle qu'on a commencé la fabrication en Mai 1897, on voit qu'il a juste fallu un an pour donner à chaque homme son litre de kéfir.

La cassonade rousse renferme nombre d'impuretés, qui, à la longue, s'accumulent au fond de la cuve et souillent le ferment. Aussi le lave-t-on tous les vingt jours. On place les graines sous un robinet d'eau, dans une passoire, et au-dessous d'elle on met un tamis fin qui retient le petit ferment.

Lorsque le régiment s'absente, que devient le kéfir? On le laisse aux hommes malades et convalescents qui restent à la caserne et constituent le dépôt. Ils en continuent la fabrication. Mais il est indispensable qu'elle soit continuée régulièrement, ou bien les graines s'altèrent. Une cuve de 50 litres fut perdue au bout de quinze jours, parce qu'on avait négligé d'y mettre du sucre.

On peut aussi faire sécher le ferment. Au mois d'Avril 1898, lorsque la 7^e compagnie est partie aux feux de guerre, 150 litres de graines ont été répandus sur des tables, aux combles, en couche mince pour faciliter le séchage. Au retour, au bout de quinze jours, la fabrication fut reprise. Le kéfir, pendant quelque temps, fut moins bon, moins corsé; mais il reprit toute sa force au bout d'un mois.

Le ferment peut se conserver longtemps à l'état sec. Deux conditions sont nécessaires : 1^o bien faire sécher les graines avant de les enfermer dans un récipient; 2^o les mettre dans un endroit très sec. Nous avons gardé ainsi du ferment pendant six mois, un an, deux ans; au bout de ce temps, nous avons pu préparer de bon kéfir. On voit donc que la fabrication pourrait être suspendue pendant plusieurs mois sans que le ferment subisse une grande altération.

L'installation de la 7^e compagnie est loin d'être une installation de fortune. Elle coûte 100 francs. La futaie est en chêne très épais avec de nombreux cercles de fer, une bonde à vis... Le capitaine a voulu éviter l'éclatement possible du tonneau sous la pression des gaz. Cette crainte était légitime au début; l'expérience a prouvé qu'il n'y avait pas à redouter cet accident.

Depuis le mois de Février 1898, M. le capitaine Massis prépare du kéfir pour la 5^e compagnie avec les graines que lui fournit la 7^e compagnie. Ne pouvant disposer d'aucun local, il a installé ses cuves et tonneaux dans le petit réduit qui se trouve sous l'escalier du rez-de-chaussée. Bien qu'exposé au froid, son kéfir n'offre pas de différence bien appréciable avec celui de la 7^e compagnie. Donc, le kéfir peut se préparer à toutes les températures. Cette nouvelle installation, qui comprend trois cuves et trois barils, coûte à peine 30 francs.

La première dépense d'installation faite, le kéfir revient à un prix infime; il n'y a d'autre achat que le sucre. On met actuellement 45 à 50 grammes de sucre par litre d'eau. Le litre de kéfir coûte exactement quatre centimes et demi.

Nous en avons fini avec cette préparation ou plu-

tôt avec cette cuisine du kéfir. Il n'est que temps de faire connaissance avec la boisson.

Propriétés physiques et chimiques. — Le kéfir à l'eau n'a pas une consistance mi-solide mi-liquide comme le kéfir au lait, il est absolument liquide comme l'eau, le vin... Sa coloration est jaunâtre, elle est due à la cassonade employée, qui est rousse; elle rappelle celle du cidre et mieux celle du vin blanc trouble. Cet aspect trouble est même un peu désagréable à l'œil, qui veut qu'une boisson soit limpide; c'est là un petit inconvénient.

L'odeur, un peu aigrelette, rappelle celle du cidre et du poiré. Lorsqu'on entre le matin dans le local où l'on fabrique le kéfir, qui est resté fermé la nuit, l'odeur est forte, un peu aigre, analogue à celle que donne la vendange. Une fois que le local a été aéré, l'odeur est moins acre, l'on se croirait volontiers dans une fruiterie.

Le goût est acide, aigrelet; il tient à la fois de la piquette et du cidre. Dans le midi, on ne connaît pas le cidre, aussi les hommes comparent-ils le kéfir à de la piquette douce. De plus, comme la boisson est mousseuse, elle est très rafraîchissante. En un mot, elle est agréable à boire.

Trois éléments entrent dans sa composition : l'eau, le sucre et les graines. Il est aisé de concevoir le résultat de la fermentation : le sucre se transforme en acide carbonique et alcool. Le phénomène est identique à celui de la fabrication du vin, du cidre, où des levures transforment le glycose en acide carbonique et alcool.

M. Fabre, professeur de chimie industrielle à la Faculté des sciences, a eu l'amabilité de faire l'analyse d'un échantillon de kéfir. En voici les résultats par litre :

Alcool	4 gr. 4
Acidité	1 —
Extrait sec	25 — 00
Sucre	16 — 20
Cendres	0 — 57
Acide carbonique	2 — 10

Ces chiffres ne peuvent que donner une idée de la composition chimique, car elle varie suivant les conditions de température de la fabrication.

Accueil fait au kéfir. — Nous avons vu qu'au début, par suite de l'insuffisance des graines, on ne pouvait préparer qu'une petite quantité de kéfir. La boisson était d'abord donnée à une escouade, le lendemain à la suivante et ainsi de suite, jusqu'à la dernière; alors, le tour recommençait.

Les hommes n'avaient jamais entendu parler du kéfir; le mot seul piqua leur curiosité. Il faut croire qu'elle fut satisfaite, car elle devint indiscreète. Plusieurs d'entre eux trouvant que le tour de distribution n'arrivait pas assez souvent, puisqu'il n'arrivait pas chaque jour, allèrent tout bonnement prendre le kéfir dans les cruchons. Les frustrés de se récrier. C'était d'un bon augure. Le kéfir était non seulement accepté, mais il était accueilli avec empressement.

Deux choses ont assuré son succès : le goût et le mousseux de la boisson.

La boisson favorite du midi est le vin. Aucun autre liquide ne saurait le remplacer; on en a eu la preuve dans ces dernières années avec le phylloxera. Devant la perspective d'être privé de vin, on ne chercha pas à lui substituer le cidre ou la bière. Au méridional il faut du vin, et la crainte seule d'en manquer lui a donné cette ténacité admirable qui a permis la reconstitution des vignobles.

Le paysan a, par dessus tout, le culte de la vigne; il fait rendre au raisin tout ce qu'il peut donner. Après en avoir obtenu le vin, il lui fait subir une seconde fermentation qui lui procure le « demi-vin ». Ce n'est pas assez : avant de jeter les grappes et les pellicules des grains, il les fait encore macérer dans l'eau et obtient la « piquette ». Cette dernière boisson est un peu aigrelette, piquante et rafraîchissante. Elle est encore très appréciée. Pourquoi ? Parce qu'elle a encore un goût qui rappelle le vin.

Aussi les jeunes soldats, les premiers jours de leur arrivée à la caserne, ne sont pas peu surpris de voir qu'on ne leur donnera que de l'eau. Le manque de vin est pour eux plus qu'une déception, c'est une privation réelle. Les officiers le savent fort bien, et quand ils veulent témoigner leur satisfaction aux hommes, ils accordent... un quart de vin. C'est la boisson des jours de fête, des inspections générales.

Eh bien, le kéfir rappelle aux soldats la piquette,

voilà pourquoi ils le préfèrent aux autres boissons hygiéniques : glycine, menthe, thé, coco, cassis, eau de café.

La propriété qu'il a de mousser en fait une boisson très rafraîchissante. C'est là un grand avantage en été. De deux liquides ayant une même température, celui qui calme le mieux la soif est, sans conteste, celui qui est gazeux. Or, le kéfir renferme plus de deux grammes d'acide carbonique par litre, il est donc déjà une boisson gazeuse. Son acidité vient encore accroître l'action rafraîchissante. Aussi, faut-il voir avec quelle hâte on se précipite sur le kéfir au retour des exercices ou des marches, surtout en été. Un demi-verre suffit à calmer la soif.

Sur 400 hommes environ qui se sont succédés à la 7^e et à la 5^e compagnie, un seul ne buvait pas de kéfir; en revanche, trois qui n'aimaient pas le vin étaient particulièrement heureux de remplacer l'eau par du kéfir. Du reste, les preuves matérielles sont là : depuis le mois de Mai 1897, la 7^e Compagnie fabrique 100 litres de kéfir par jour, soit 1 litre par tête. Au moment des repas, l'homme qui est chargé de sa préparation l'apporte dans des bouteilles. Après les repas, il les rapporte... toujours vides.

En résumé, le kéfir a été favorablement accueilli par les hommes. Ils ne le boivent pas parce qu'ils n'ont pas autre chose, ils le boivent parce qu'ils le trouvent bon. Voilà pourquoi on en continue la fabrication.

Mais, il ne suffisait pas que la boisson fût agréable, il fallait aussi qu'elle ne fût pas préjudiciable à la santé.

Valeur du kéfir comme boisson hygiénique. — Pour qu'une boisson soit hygiénique, il faut avant tout qu'elle soit inoffensive. Dès le début, nous nous sommes demandé si le kéfir avait cette qualité.

L'effet le plus commun d'une mauvaise boisson fermentée est la diarrhée. Or, les registres des malades montrent que le nombre des cas de diarrhée et d'embarras gastriques n'a pas été plus élevé dans la 7^e compagnie que dans les autres compagnies du régiment. Le kéfir n'amène donc aucun trouble dans les fonctions digestives. Cependant, à une forte dose, il est un peu laxatif. Mais ce résultat n'est obtenu qu'avec deux ou trois litres de liquide. Les hommes n'en prenant qu'un litre ne ressentent aucun effet.

Nous avons comparé aussi le nombre des malades de la 7^e compagnie, depuis le mois de Mai 1897, avec celui des autres compagnies du régiment. La 7^e compagnie, celle du kéfir, est l'une des trois qui ont présenté le moins de morbidité.

Donc, le kéfir n'a paru exercer aucune action nuisible sur la santé. Du reste, si la moindre influence fâcheuse avait été constatée, les médecins n'auraient pas hésité à demander sa suppression.

Mentionnons le fait suivant. Pendant l'hiver 1896-1897, le régiment a eu une forte épidémie d'oreillons (140 cas). Toutes les compagnies ont été atteintes, présentant une moyenne de 10 à 12 cas; seule la 7^e compagnie n'a pas eu de malades. Nous ne voulons rien déduire de ce fait, mais il n'en était pas moins intéressant de le signaler.

L'analyse chimique est en faveur du kéfir. Il renferme 1 gr. 4 d'alcool par litre. Avec cette dose il serait difficile de se griser, et l'on sait que l'alcool, à petite dose, est un excitant du système nerveux, un stimulant de la digestion. L'acide carbonique (2 gr. 10 par litre) produit le même effet. N'oublions pas non plus que le kéfir est très rafraîchissant. C'est une boisson qui calme la soif, aiguise l'appétit. Le kéfir aurait donc sur les voies digestives une action double : il exciterait l'appétit, il stimulerait la digestion.

Nous ne pouvons taire la présence du sucre après les expériences qui viennent d'être faites dans l'armée allemande. Aux manœuvres de 1897, on a choisi dans plusieurs compagnies 20 hommes parmi les moins vigoureux, 10 comme sujets d'expérience, 10 comme sujets de contrôle. Aux premiers on a distribué du sucre. Ils se sont mieux portés à dater de ce moment et leur poids a augmenté dans une proportion plus forte que celui des hommes de contrôle; ils étaient moins vite fatigués; enfin, un morceau de sucre dans les marches calmait la faim et la soif. Aussi M. Leitenstorfer, directeur des essais, a-t-il proposé d'ajouter une ration de sucre à l'ordinaire des soldats.

Ces résultats ne doivent pas nous étonner. Le sucre est un hydrate de carbone. Pour qu'une machine à vapeur marche, il lui faut du charbon. De même, pour accomplir un travail musculaire, il nous

faut du carbone. Le sucre, en augmentant la quantité de carbone de l'organisme, facilite son travail, combat l'épuisement et devient un prophylactique de la fatigue; il est un aliment musculaire.

Les expériences des Allemands nous prouvent aussi qu'il calme la soif. Cette conclusion semble au premier abord paradoxale. La soif est une sensation qui nous avertit de la déshydratation des tissus. Cette déshydratation se produit surtout dans les cas où l'organisme est échauffé soit par la chaleur extérieure, soit par la chaleur intérieure que développe un travail pénible ou prolongé. Ce dernier cas est celui du soldat en marche. Si on facilite le travail musculaire par des aliments hydrocarbonés, la chaleur développée est moins grande, l'organisme s'échauffe moins et naturellement le besoin de boire est moins vif. Voilà comment le sucre calme la soif.

Eh bien, le kéfir renferme une proportion notable de sucre, puisqu'il en faut 50 grammes par litre pour sa préparation. Après la fermentation, il en reste encore plus de 16 grammes.

Malheureusement, le kéfir n'est pas une préparation extemporanée et ne peut pas être donné en manœuvres.

Le kéfir étant préparé avec de l'eau, il était intéressant de voir les modifications bactériologiques que pouvait subir cette eau.

Nous avons entrepris cette étude dans le laboratoire d'hygiène de M. le professeur Guiraud. Nous avons fait, avec son préparateur M. Castaing, trois séries d'expériences.

I. Examen comparatif des germes de l'eau et du kéfir. — Trois analyses ont été faites de Juin en Septembre 1898.

L'eau de canalisation qui sert à la préparation du kéfir nous a donné le dixième jour 2.000 à 3.000 germes par centimètre cube; la gélatine n'était pas liquéfiée.

Le kéfir en solution à 1/100 donnait des moisissures (du groupe penicillium) qui liquéfiaient la gélatine au quatrième ou au cinquième jour.

Dans la solution à 1/1000, la numération des germes a été de plus de 100.000. Ce chiffre nous a surpris; l'ensemencement des colonies nous a fait retrouver le plus souvent les microorganismes que nous avions déjà observés dans les grains (levures, cocci, subtilis). Cette flore bactérienne n'était donc que celle du kéfir.

II. Examen du kéfir contaminé. — Nous avons préparé 5 ballons de kéfir de la manière suivante :

Dans chacun d'eux, nous avons mis 200 grammes d'eau et 10 grammes de sucre. Après stérilisation à l'autoclave, nous avons ajouté les graines de kéfir préalablement lavées à l'eau stérilisée. Dans 4 ballons, le 5^e servant de témoin, nous avons versé 10 centimètres cubes de bouillons de culture microbienne, pus bleu, coli, fièvre typhoïde et choléra. Ces deux dernières cultures nous avaient été envoyées du Val-de-Grâce par M. le professeur Vaillard. Les ballons restèrent bouchés avec de l'ouate pendant 3 jours, puis le liquide fut mis en bouteille encore pendant 3 jours dans des flacons stérilisés. Le 6^e jour de la préparation, c'est-à-dire à l'époque où il aurait dû être absorbé, nous avons commencé l'examen bactériologique.

Cette expérience avait un grand intérêt pratique. Si les germes nocifs disparaissent de l'eau sous l'influence de la fermentation kéfirienne, le kéfir doit être regardé comme une boisson hygiénique dans toute l'acceptation du mot. La recherche du coli et de l'Eberth a été faite par le procédé Père modifié par Roux.

Le kéfir contaminé avec le coli n'a troublé que les bouillons ordinaires, et l'ensemencement de la troisième génération a fait coaguler le lait et virer au rouge la gélose lactosée ou tournesol. Les bouillons phéniques sont restés clairs et n'ont eu aucune action sur le lait et la gélose au tournesol.

Le kéfir souillé avec l'Eberth n'a troublé ni les bouillons ordinaires ni les bouillons phéniques.

La recherche du bacille virgule par la méthode de Schottelius n'a pas permis de retrouver le vibron cholérique.

La recherche du pus bleu par le procédé de Hutchinski semblait négative. Le liquide n'avait pas la moindre coloration verdâtre, mais il était un peu trouble. L'examen microscopique montra de gros germes arrondis, rappelant ceux du bacille pyocyanique en bouillon boriqé. Ensemencé sur gélose, la culture fut positive, avec coloration brune. Donc, le bacille pyocyanique persiste dans le kéfir, mais il a perdu sa propriété chromogène.

III. Inoculations. — Quatre cobayes âgés de un an ont été inoculés par la voie péritonéale. Chacun d'eux a reçu 2 centimètres cubes d'une des cultures suivantes : pus bleu, coli, Eberth, choléra. Les bouillons dataient de 48 heures et semblaient indemnes de germes hétérogènes.

Quatre autres cobayes de 5 à 6 mois ont été inoculés au péritoine avec le kéfir contaminé par l'un des microbes précédents. L'injection a été de 4 centimètres cubes. Notons que ces derniers animaux étant plus jeunes que dans la première série, avaient une plus grande réceptivité; enfin, la dose inoculée était double.

Un neuvième cobaye reçut 4 centimètres cubes de kéfir de la caserne, c'est-à-dire de la boisson ordinaire non souillée.

Un seul animal mourut au bout de dix heures. Les autres ne furent pas malades. Le cobaye qui avait si rapidement succombé, avait reçu la culture typhique. Il n'est pas rare de ne retrouver que le coli chez le cobaye qui a succombé à une culture vraie de bacilles d'Eberth. Tel ne fut pas notre cas. Le sang du cœur ensemencé donna des cultures avec les réactions du bacille d'Eberth.

Ces expériences devaient être répétées encore plusieurs fois pour autoriser une conclusion. Nous les avons rapportées à titre d'indication. Le kéfir vaut-il plus ou moins que l'eau qui a servi à le préparer? La fermentation kéfirienne empêche-t-elle le développement de microbes pathogènes? Voilà le problème.

Nous nous proposons de poursuivre cette étude. Il nous est permis, cependant, de déduire un premier résultat de ces expériences, c'est que le kéfir n'offre pas un milieu favorable au développement des bacilles coli, pyocyanique, typhique et cholérique; il n'est pas un bouillon de culture : voilà un premier point acquis. Il reste à déterminer si le bacille d'Eberth et le bacille-virgule sont détruits par la fermentation kéfirienne.

De tous ces faits, nous pouvons conclure que le kéfir a été une heureuse innovation dans l'alimentation du soldat.

Son goût acidulé, son action rafraîchissante en font une boisson agréable, très appréciée des hommes.

Il n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé; au contraire, il a une action favorable sur l'organisme. Il est, par l'alcool et l'acide carbonique, un léger stimulant des fonctions digestives; la quantité de sucre qu'il renferme en fait un vrai tonique musculaire.

L'examen bactériologique nous montre que le kéfir n'est pas un bouillon de culture; il vaut mieux que l'eau qui a servi à le préparer, car la fermentation paraît gêner le développement de certains germes pathogènes.

Le kéfir est donc une bonne boisson, nous dirons même une boisson hygiénique. A ce titre, la fabrication mérite d'en être continuée et pourrait être essayée dans d'autres corps de troupe.

On doit se demander si son emploi serait bien pratique dans l'armée. Il faut une installation spéciale et cette installation, outre qu'elle exige un local, est une dépense. Le local est facile à trouver (cuisines, combles, réduits sous l'escalier); quant à la dépense, elle se réduit à l'acquisition des récipients nécessaires.

Une autre objection paraît plus sérieuse au premier abord : une grande quantité de graines est nécessaire pour fabriquer une ration de kéfir suffisante pour tous les hommes d'une compagnie. Or, l'exemple de la 7^e compagnie montre qu'avec peu de ressources, mais aussi avec un peu de persévérance, on arrive à ce résultat.

Le kéfir, enfin, demande six jours pour sa préparation; celle-ci nécessite des manipulations diverses. Il ne peut donc être employé que lorsque les hommes restent au quartier; on ne doit pas songer à le fabriquer en manœuvres, encore moins en campagne. C'est une boisson de caserne.

Ces inconvénients doivent être pris en considération, mais ils sont loin de primer les avantages que présente le kéfir : boisson agréable, inoffensive, tonique même, très appréciée des hommes, d'une grande simplicité de fabrication, d'un prix de revient infime; elle coûte moins de 1 sou le litre et l'on ne peut pas se procurer une boisson fermentée à un aussi bas prix.

Du reste, l'expérience est là : le kéfir a pleinement réussi au 126^e; il est à croire qu'il aurait la même faveur dans d'autres régiments.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

28 Décembre 1898 (fin).

Fistule stercorale. — M. Monod. De l'observation rapportée par M. Lejars à la précédente séance, je voudrais rapprocher le fait suivant :

Il s'agit d'une jeune fille ayant eu, à l'âge de trois ans, un abcès dans la fosse iliaque gauche, qui fut ouvert et donna naissance à une fistule stercorale. Cette fistule fut opérée un an plus tard, avec succès, sembla-t-il, car, pendant quatre ans, l'écoulement stercoral fut supprimé. Quatre ans après, la fistule renaissait et resta jusqu'à l'adolescence. Je vis la malade en Juin 1896 et l'opérai en Juillet : l'orifice fistuleux fut circonscrit par deux incisions courbes, largement disséquées dans la profondeur jusqu'à ce que je crus être sur l'intestin. Suture à plusieurs étages. Le treizième jour, la fistule reparait, puis guérissait après de nombreux pansements. Le 19 Novembre 1896, tout paraissait fini. En 1897, la guérison se maintint, mais la fistule a reparu en 1898.

Je pense donc que, comme dans le cas de M. Lejars, je n'ai pas fermé le véritable orifice de l'intestin, que, suivant son expression, je suis resté dans l'antichambre sans pénétrer dans la pièce principale; que, par conséquent, une suture placée sur l'intestin lui-même, libéré et attiré dans la plaie, pourra seule donner le résultat voulu.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer du col utérin. — M. Picqué. M. Mauclair nous a adressé trois observations d'hystérectomie abdominale totale, pratiquée pour cancer du col utérin. L'une des malades, âgée de quarante-huit ans, a guéri opératoirement, mais la récidive était déjà notée quatre mois après l'opération. Les deux autres, âgées respectivement de soixante-trois et de cinquante-six ans, ont succombé le deuxième et le cinquième jour après l'opération à des accidents infectieux. C'est, en effet, à des accidents infectieux que succombent si souvent les opérées de cancer utérin par la voie abdominale. Aussi a-t-on proposé, pour les éviter, l'ablation, par le vagin, de l'utérus préalablement détaché par la voie abdominale, la suture du col, la cautérisation, etc. C'est dans cette direction qu'on doit aller pour modifier la technique, si l'on veut donner dans l'avenir, à cette opération, une sécurité aussi grande qu'à l'hystérectomie vaginale.

Au point de vue du résultat thérapeutique, le fait capital est de savoir si le curage des ganglions pelviens a été rigoureusement fait. Il est, en outre, important de savoir à quel moment de l'évolution l'opération a été pratiquée, et M. Mauclair est, avec raison, d'avis qu'il ne faut intervenir que tout à fait au début. Enfin, il faudrait savoir comment et où se fait la récidive. Dans les cas observés, la récidive se fait-elle au niveau du col, dans la muqueuse vaginale ou le ligament large? ou, au contraire, dans les ganglions primitivement atteints et non enlevés, ce qui justifierait l'hystérectomie par voie abdominale avec curettage du ptyé bassin? Ce sont autant de points à bien indiquer dans les statistiques ultérieures.

4 Janvier 1899.

Sur l'appendicite. — M. Routier. C'est à propos de la communication faite par M. Poirier, en Juillet dernier, que je donne quelques règles de ma pratique.

En matière d'appendicite chronique ou à rechute, nous sommes tous d'accord pour intervenir à froid.

Mais, dans l'appendicite aiguë, j'admets, avec M. Reclus, que la conduite doit varier suivant la forme des appendicites, et c'est bien là que git la difficulté. J'aurais cependant une grande tendance à intervenir le plus tôt possible, et, s'il m'est souvent arrivé de regretter la temporisation dans le traitement de l'appendicite, je ne me souviens pas d'un seul cas où j'aie regretté d'avoir agi trop vite.

Quand l'appendicite évolue vers l'abcès, le pronostic est plus favorable, et je dirai volontiers que le malade atteint d'appendicite, qui fait un abcès, est un malade qui veut guérir. Dans les cas d'abcès, on enlève l'appendicite, seulement si cette extirpation ne présente pas trop de difficulté, car il serait imprudent de faire pénétrer du pus virulent dans la cavité péritonéale par suite de manœuvres destinées à isoler l'appendicite et à détacher les adhérences protectrices qui l'isolent.

Si, dans ce cas, une fistule se forme, on ira plus tard rechercher l'appendicite et on l'extirpera alors très facilement.

Quand faut-il s'en tenir au traitement médical? Question évidemment très difficile à résoudre, car il faudrait avoir un signe prépondérant, qui nous indiquerait nettement qu'il faut opérer. Or, ce signe n'existe pas, mais j'insiste sur l'importance de la rapidité du pouls et sur la valeur de l'arrêt de l'émission des gaz par l'anus, comme symptômes devant inciter à l'intervention immédiate.

Mais, en fait, c'est en présence d'un certain ensemble symptomatique que l'on se décidera à opérer promptement. Pour moi, quand l'appendicite est aiguë, s'il y a, avec le retentissement péritonéal, la défense musculaire, le pouls rapide, l'arrêt des gaz, s'il y a de la température ou des frissons, je crois qu'il faut opérer de suite, et surtout se souvenir de la rémission presque constante que présentent les cas graves le troisième jour de l'évolution.

M. Reclus. Je demanderai à M. Routier si, dans son intervention à chaud, il a plus d'éventrations que dans son intervention à froid, et si l'incision est pour quelque chose dans la production de cet accident.

M. Routier. J'observe très peu d'éventrations; j'incise le long du droit externe, et je pénètre directement dans l'abdomen.

Je draine en cas d'opération à chaud. Quand j'opère à froid, sauf dans les cas très laborieux, je referme le ventre.

M. Bazy. Nous sommes tous d'accord pour intervenir. Au point de vue des éventrations, je n'ai pas conservé le souvenir qu'un de mes malades, opérés à chaud, ait présenté cette complication. J'ai vu cependant un enfant ayant une éventration à la partie inférieure de l'abdomen, près du ligament de Faloppe, en ce point précisément où, d'après M. Roux, il y aurait le moins de danger d'en voir survenir.

M. Tillaux. Je prends la parole pour rappeler qu'un de mes collègues à l'Académie, au cours d'une séance à laquelle je regrette de n'avoir pas assisté, a terminé une communication sur le sujet qui fait l'objet de cette discussion par ces mots: « Avec un bon diagnostic, avec une opération faite suivant les règles de l'art, on ne doit jamais mourir d'appendicite. »

Je n'accepte pas une telle proposition et je saisis cette occasion, qui est la première qui me soit offerte, pour protester contre elle. Ces affirmations, acceptées par les familles, ne peuvent que se retourner, en cas d'échec, contre le médecin qui n'aura pas fait un bon diagnostic ou contre le chirurgien qui n'aura pas opéré suivant les règles de l'art. Or, il est évident que, malgré toutes les précautions, on aura des accidents, et je n'en veux pour preuve que la dernière observation de M. Routier, où pourtant le diagnostic a été posé, la maladie parfaitement suivie, l'opération très bien exécutée, et où, cependant, le malade a succombé. Il en sera encore souvent ainsi, et c'est pourquoi j'ai cru devoir protester contre la proposition énoncée récemment à l'Académie.

Paralyse radiaire totale du plexus brachial par chute sur le moignon de l'épaule. — M. Tuffier. Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint d'une paralysie radiaire totale du plexus brachial. Cette affection a été étudiée ces temps derniers dans deux mémoires fort remarquables, dont l'un est du professeur Raymond¹, qui a établi les variétés de paralysies traumatiques du plexus brachial, et a bien montré leur origine radiaire, contrairement à l'opinion admise; l'autre mémoire est de MM. Duval et Guillaum²: c'est un modèle de critique et d'expérimentation anatomique. Le fait remarquable chez mon malade, c'est qu'à la suite d'une simple chute de sa hauteur sur le moignon de l'épaule, il présente une rupture de toutes les racines du plexus brachial. J'ai l'intention de pratiquer demain sur lui une opération que je crois inédite, la suture des nerfs rompus.

Voici, d'ailleurs, l'histoire succincte du malade.

C'est un homme de soixante ans qui, le 28 Octobre dernier, rentrant chez lui légèrement ivre, est pris subitement, en plaçant le pied sur le seuil de la porte, d'une sorte de vertige; il chancelle, perd l'équilibre et tombe sur le sol où il reste sans connaissance pendant près de deux heures. Au bout de ce temps, reprenant peu à peu ses sens, il appelle à l'aide; on vient le relever et on le transporte dans son lit. Là, le malade, qui est revenu complètement à lui, s'aperçoit que son membre supérieur droit est absolument impotent et insensible, sauf au niveau de l'épaule où il ressent une assez vive douleur. On fait venir un rebouteux qui déclare que l'épaule est démise, mais qui ne réduit la luxation qu'au bout de huit jours. Néanmoins, cette réduction se serait effectuée très facilement. A la suite de cette manœuvre, la douleur de l'épaule disparaît, mais la paralysie et l'anesthésie du membre persistent. Le malade se décide à entrer dans mon service de la Pitié où je porte le diagnostic de « paralysie radiaire totale du plexus brachial, d'origine traumatique », diagnostic confirmé par M. Babinski. Le malade est massé et électrisé pendant deux mois sans le moindre succès; l'affection semble incurable. Cette incurabilité a, d'ailleurs, été prononcée ces jours derniers, dans mon service de Lariboisière, par M. Plicque, qui a vainement essayé la réaction électrique.

Actuellement, mon malade présente les troubles suivants:

¹ Une paralysie complète de tous les muscles du membre; cette paralysie, ainsi qu'il ressort de l'interrogatoire minutieux du malade, est consécutive au traumatisme et ne peut être attribuée à la réduction de la luxation;

² De l'anesthésie étendue à toute la surface du membre, sauf à la face interne du bras et d'une partie de l'avant-bras où la peau reste sensible à la piqûre;

³ Des troubles trophiques musculaires et cutanés (flaccidité et atrophie des muscles, état squameux de la paume et œdémateux du dos de la main);

⁴ Enfin, de la raideur articulaire dans l'épaule, qui ne date que de quelques semaines.

M. Schwartz rappelle avoir vu un malade présentant des phénomènes à peu près analogues, et chez lequel on fit le diagnostic d'élongation simple.

Pseudo-hermaphrodite masculin. — M. Hartmann fait un rapport sur un cas de pseudo-hermaphrodite masculin, envoyé par M. Delaguière (de Tours). Il s'agit

1. RAYMOND. — *Leçons cliniques de la Salpêtrière*, 1898.

2. DUVAL et GUILLAIN. — *Archives générales de médecine*, 1898, Août.

d'un sujet de vingt-sept ans, regardé comme femme, et qui avait un vagin, profond de 5 centimètres, se terminant par un cul-de-sac.

Pensant à une imperforation vaginale, M. Delaguière fit une laparotomie dans le but de rétablir la continuité du canal. L'opération montra qu'il n'y avait ni utérus ni ovaires; en revanche, elle permit de trouver près des deux anneaux inguinaux deux petits organes qui furent enlevés, et que l'examen histologique montra être des testicules.

Réséction du fémur pour sarcome. — M. Schwartz présente un malade chez lequel il a pratiqué, pour un sarcome à myélopaxes, la réséction de toute la région condylienne du fémur. L'opération date actuellement de quatre ans et la guérison reste parfaite.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

6 Janvier 1899.

Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Netter montre les centres nerveux d'un enfant mort de méningite cérébro-spinale. Ce cas démontre d'abord que l'épidémie de méningite cérébro-spinale persiste toujours; de plus, certaines particularités sont à noter.

Dix-huit heures avant la mort du malade, une ponction lombaire donna issue à un liquide clair, contenant des méningocoques, mais sans pus. Cependant, à l'autopsie, on trouva des plaques de pus dans les méninges crâniennes, et même dans le cul-de-sac rachidien. Ce fait ne s'explique que par une sorte de décontamination post-mortem.

Une autre question plus difficile est celle des rapports qui unissent le pneumocoque et le méningocoque. Certes il existe de nombreuses différences entre ces deux microbes; et ces différences siègent dans la forme, qui rattache plutôt le méningocoque au streptocoque, dans les inoculations, dans les cultures. Si donc ce méningocoque tient au pneumocoque, il n'en constitue pas moins une variété à part, nettement déterminée, ceci est incontestable. M. Chantemesse, MM. Bezançon et Griffon viennent encore de trouver, dans la culture sur sérum liquide, un autre caractère de différenciation; mais est-ce suffisant pour nier la parenté du méningocoque et du pneumocoque? C'est peu probable, car, dans l'étude de l'épidémie actuelle, on trouve toute une série de variétés de méningocoques établissant un lien entre le pneumocoque type et le méningocoque le plus nettement différencié.

M. Rendu confirme l'opinion de M. Netter sur la crudescence de cette épidémie de méningite cérébro-spinale. Deux nouveaux cas de cette affection viennent d'être soumis à son observation. L'un d'eux fera l'objet d'une communication ultérieure; l'autre concerne un garçon de quatorze ans, qui est mort en cinq semaines, succombant à une localisation méningée après avoir subi une infection d'allure typhique.

Pérgastrite douloureuse consécutive à un ulcère simple de l'estomac. — M. Merklen présente un malade qui eut, il y a plusieurs mois, un ulcère simple de l'estomac; une perforation compliqua cet ulcère et produisit un abcès gazeux sous-diaphragmatique. Le malade fut opéré et guérit. Mais, peu de temps après l'opération, des crises douloureuses, très violentes, éclatèrent: ces douleurs siègeaient dans la région épigastrique, remontaient vers le cou et s'irradiaient dans les bras. Elles apparaissaient soit après l'ingestion des aliments, soit pendant la station debout. De ces deux caractères, et en se basant sur les antécédents du malade, on put conclure à des adhérences ou à un ulcère chronique de l'estomac. Dans les deux alternatives, une opération s'imposait. Une laparotomie fut faite, qui montra des adhérences multiples et une union intime de l'ulcère stomacal à la face inférieure du foie. Les adhérences furent sectionnées; le contact de l'estomac et du foie ne put être supprimé. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, le malade se crut guéri. Puis les douleurs reparurent, mais seulement pendant la station debout.

Elles furent même si violentes que, deux mois après, une nouvelle opération fut décidée. M. Faure réséqua l'ulcère stomacal et la partie du foie attenante. Les douleurs disparurent pendant deux mois, puis revinrent, mais sous une autre forme; elles étaient continues, lancinantes, et étaient très probablement sous la dépendance d'une fistule consécutive à l'opération.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes. En premier lieu, on doit se demander si le diagnostic d'adhérences péristomacales est possible. A cela, la réponse doit être affirmative. Ce diagnostic est basé surtout sur les douleurs survenant par crises sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'estomac après l'ingestion des aliments, ou sous l'influence des tiraillements que comporte la station debout. Enfin, les signes physiques ont leur importance, et la constatation d'un empatement péristomacal est de grande valeur.

Le caractère même des douleurs semble indiquer une certaine participation du plexus solaire.

Quant à la conduite à tenir, elle doit être discutée, et on se demande si une simple gastro-entérostomie ne

serait pas préférable à une libération souvent difficile de l'estomac.

M. Mathieu. Le diagnostic de ces faits est souvent difficile sinon impossible, et ceci en raison même de la fréquence de la transformation d'un ulcère en cancer. Cette transformation expliquerait la persistance des douleurs.

Cependant un symptôme a une valeur diagnostique importante : lorsqu'on est certain qu'il n'existe pas de sténose pylorique et que cependant de grands vomissements surviennent, ramenant des aliments ingérés depuis longtemps, on peut soupçonner l'existence de nombreuses adhérences péri-stomacales. Mais, en fin de compte, il n'y a qu'un moyen de diagnostic, c'est la laparotomie exploratrice, qui peut, d'ailleurs, devenir curative.

M. Hayem a eu dans son service le malade qui fait l'objet de la communication de M. Merklen. Le diagnostic d'adhérences péri-gastriques était possible, non à cause de la violence, ni de la variété des douleurs, qui peuvent exister identiques chez d'autres gastropathes, mais en raison même des signes physiques observés chez ce malade. Son estomac était fixé, immobilisé, la grande courbure ne bougeait jamais, malgré les différentes explorations faites : insufflation, lavage, ingestion d'aliments liquides ou solides.

Une fois le diagnostic d'adhérences posé, peu importe qu'il s'agisse d'un ulcère ou d'un cancer; et, d'ailleurs, dans ce cas, la laparotomie exploratrice elle-même serait incapable de nous renseigner; car rien n'est plus difficile, pendant une opération, que de distinguer un ulcère induré d'un cancer; et, même après l'opération, la pièce enlevée, les chirurgiens sont obligés de recourir aux médecins pour faire l'examen histologique, qui seul est capable de trancher la question.

Des végétations cancéreuses rendues par les vomissements. — **M. Mathieu** montre des végétations cancéreuses très volumineuses rendues par des vomissements, et insiste sur la valeur diagnostique absolue de ce symptôme.

Maladie bleue avec transposition totale des viscères. — **M. Sikora** résume l'observation et rapporte l'autopsie détaillée d'un malade atteint de cyanose avec transposition totale des viscères.

Rapport sur les vaccinations et les revaccinations dans les colonies françaises. — **M. Hervey** présente ce rapport à la Société médicale des hôpitaux.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

26 Décembre 1898.

Des dangers de la trachéotomie tardive dans le croup confirmé. — **M. Dauchez.** Je rappellerai tout d'abord trois observations recueillies à l'hôpital des Enfants en 1883, dans le pavillon d'isolement de la diphtérie dans lesquelles les jeunes sujets qui asphyxiaient depuis huit, dix ou seize heures, mais luttaient encore et n'étaient point en agonie, moururent subitement pendant la trachéotomie. On trouva chez ces trois enfants des caillots fibrineux dans les oreillettes et les ventricules, caillots qui vraisemblablement ne se fussent pas formés si la trachéotomie eût été précoce, et qui probablement eussent empêché l'enfant de guérir s'il eût survécu à l'opération.

Ces caillots étaient dus à l'asphyxie, à l'altération diphtérique du sang, à la fatigue du cœur. La nécessité de la trachéotomie précoce, aussitôt que l'asphyxie, le tirage, la dyspnée continue apparaissent entre les accès de suffocation sans attendre la cyanose et l'anesthésie s'impose donc. Elle était conseillée par Trouseau, par Millard, par Delhomme (1859), par Sanné surtout, qui discute cette question avec les statistiques de Barthel.

La trachéotomie aura toujours le pas sur le tubage, à la campagne, dans les petites villes, partout où le médecin n'a pas l'expérience de cette dernière opération. Le tubage nécessite une surveillance continue irréalisable hors de l'hôpital.

Les faits ci-dessus indiqués ont trait à des enfants de deux ans, cinq ans et sept ans.

Il ne s'ensuit pas cependant qu'on doive abandonner les enfants asphyxiés depuis quelques heures, Archambault ayant eu en 1867 quelques guérisons inespérées. Cependant Labric repoussait délibérément la trachéotomie chez les enfants au-dessous de deux ans, lorsque ceux-ci étaient hyperintoxiqués et épuisés par la lutte, réserve faite cependant pour les enfants très vigoureux.

M. Gillet. Les trachéotomies que l'on pratique actuellement succèdent souvent à des intubations. Il s'agit donc de trachéotomies secondaires plutôt tardives. Or, il est incontestable que ces trachéotomies secondaires sont d'un pronostic assez sévère et qu'elles fournissent plus de mortalité que les trachéotomies pratiquées à l'époque où l'intubation ne les précédait pas. Cette remarque suffirait à justifier l'opération précoce d'autant que le tubage du larynx n'est pas encore complètement entré dans les mœurs médicales, et que nombre de médecins redoutent l'intubation s'ils n'ont la possibilité de laisser près de leur malade un interne ou un confrère expérimenté.

Dans ces conditions, la trachéotomie précoce est toujours préférable; elle permet de plus l'anesthésie chloro-

formique ce qui facilite singulièrement l'intervention. Il y a donc les deux faits qui justifient pleinement le précepte d'intervenir de bonne heure : d'une part, les inconvénients de la trachéotomie moderne secondaire, au tubage. D'autre part, la possibilité d'employer le chloroforme quand on n'attend pas trop tard.

M. Dauchez reconnaît la justesse des observations de M. Gillet, et croit avec nombre d'auteurs autorisés qu'il y a lieu d'opérer quand les malades ont des accès de suffocation, et que dans l'intervalle de ces accès il y a persistance du tirage.

Valeur sémiologique de certains troubles oculaires en pathologie générale. — **M. Jocqs.** L'œil ne doit pas être considéré comme un organe isolé anatomiquement et jouissant, au point de vue pathologique, d'une autonomie propre indépendante du reste de l'organisme.

La plupart des affections oculaires dépendent d'un état pathologique général ou local plus ou moins éloigné de l'œil. Ces états pathologiques peuvent être des lésions des systèmes nerveux, cardio-vasculaire, des maladies infectieuses, des dyscrasies, des intoxications.

Les lésions des organes voisins : fosses nasales, sinus, oreilles, dents, pharynx, boîte crânienne, peuvent agir par propagation directe (contact) ou indirecte (infection).

L'œil étant un diverticule du cerveau, ce sont les lésions cérébrales qui ont sur l'organe de la vision le retentissement le plus fréquent et le plus important.

Les tumeurs, les hémorragies, les ramollissements donnent souvent lieu à trois symptômes : la papillite, la diplopie et l'inégalité pupillaire, dont la valeur sémiologique est de la plus haute importance, puisqu'ils permettent presque toujours d'établir le diagnostic du siège et le pronostic. Dans les névroses, on trouve aussi des signes oculaires très importants.

Dans ce groupe des lésions nerveuses, il faut comprendre l'asthénopie accommodative ou fatigue oculaire, qui donne l'explication d'un si grand nombre de céphalalgies rebelles.

Les affections cardio-vasculaires retentissent aussi fort souvent sur l'œil; les hémorragies de la rétine et de la choroïde, l'embolie de l'artère centrale sont toujours l'indice soit d'une lésion cardiaque ou vasculaire, soit d'une toxicité. L'embolie et certaines infections oculaires s'expliquent par ce fait que l'artère centrale de la rétine est, comme les artères du cerveau, une artère terminale. Les hémorragies abondantes, parvenues en un point quelconque de l'organisme, peuvent aboutir à une amblyopie grave ou à la cécité complète.

Les maladies infectieuses retentissent sur l'œil bien plus fréquemment peut-être que sur aucun autre organe; de moins l'on peut dire que, à cause de sa sensibilité exquise spéciale, et générale, réagissant très promptement à la maladie, il fait l'office d'une sentinelle qui annonce la première incursion de l'ennemi. L'auto-infection, si magistralement traitée par Panas dans son rapport (Société française d'ophtalmologie, 1897), constitue un chapitre très intéressant de la pathologie oculaire. Ici, il ne sera question que des points les plus importants.

Parmi les infections locales, les affections génito-urinaires tiennent la plus grande place. Les cas ne se comptent plus où l'on a reconnu un rapport certain de cause à effet entre certaines affections urinaires, utéro-ovariennes, blennorrhagiques et des troubles oculaires graves. La ménopause et l'aménorrhée produisent parfois, du côté de l'œil, des troubles insidieux et qui peuvent être graves à la longue.

Le retentissement sur l'œil de l'infection syphilitique est bien connu de tous les médecins. Elle agit sur l'organe fort directement par l'altération de ses membranes, soit indirectement par l'intermédiaire des nerfs crâniens.

La tuberculose oculaire est aussi assez fréquente. Tantôt elle s'étend à tout l'organe (panophtalmie tuberculeuse des enfants), tantôt, et le plus souvent, elle se limite à l'iris.

La lèpre peut produire sur l'œil des lésions graves.

Le paludisme, l'influenza, la diphtérie donnent souvent lieu à des complications oculaires.

Le rhumatisme et la goutte donnent lieu surtout à l'iritis, à l'irido-choroïdite, à l'épisclérite, etc., etc.

Les maladies des reins s'annoncent souvent dès leur début par des troubles oculaires (rétinite, hémorragies de la rétine). Il en est de même du diabète.

Parmi les intoxications, les plus fréquentes sont l'alcoolisme et le saturnisme, qui agissent de bonne heure sur le nerf optique, très probablement par une lésion du centre cortico-cérébral de la vision. L'influence du tabac est très contestable.

M. Berthod. Très fréquemment, dans l'éclampsie puerpérale, les accidents débent par des troubles oculaires. Quelles sont les lésions spéciales constatées dans ce cas?

M. Jocqs. La rétinite albuminurique n'est pas rare dans la grossesse. Lorsque, dans une attaque d'éclampsie, que nous rattacherons encore, nous, oculistes, à l'urémie, il survient une amaurose, même sans albumine ni lésions rétiniennes, nous l'attribuons à une lésion urémique des centres corticaux de la vision. Je rappellerai, à ce propos, que j'ai publié en 1886, à la Société clinique, un cas de cécité verbale à la suite d'éclampsie, que j'avais observé pendant mon internat chez M. Empis. Dans ce cas, l'empoisonnement urémique avait influencé une région très voisine du centre cortical de la

vision, mais sans atteindre ce dernier, puisque l'acuité visuelle était restée intacte.

M. Bouloumié. Je trouve que M. Jocqs n'a que peu parlé de la goutte et du rhumatisme. L'arthritisme, a-t-il dit, perd chaque jour du terrain, cela peut être vrai. Néanmoins, il y a là un chapitre très intéressant sur lequel je voudrais retenir l'attention de M. Jocqs. Les faits de complications oculaires dans la goutte et le rhumatisme sont incontestables. M. Abadie a cité des cas de ce genre. Pour mon compte, j'ai vu nettement des cas d'alternance entre des manifestations goutteuses douloureuses et des lésions oculaires variables, et aussi certaines de ces lésions oculaires, améliorées ou guéries sous l'influence d'un traitement anti-goutteux, préparations de colchique, par exemple. Je regrette actuellement de ne pouvoir préciser mes souvenirs et de n'être pas suffisamment documenté pour cette discussion. Je me rappelle bien, toutefois, un cas de kérato-conjonctivite, soigné par différents oculistes sans résultat, et qui a pu guérir après que le malade eut fait, sur mon conseil, une cure à Vitt-l. Après celle-ci, le traitement spécial, qui avait antérieurement échoué, fut repris et fut suivi de succès. Il semble, en un mot, qu'il y ait lieu de diriger les recherches sur ces faits dignes d'être bien étudiés.

M. Jocqs. Bien que je sois d'avis que l'arthritisme a perdu beaucoup de terrain en pathogénie depuis que nous connaissons mieux l'origine infectieuse de certaines maladies, je n'en accorde pas moins à M. Bouloumié que nous devons encore faire une bonne part à la goutte en pathologie oculaire. Si je n'ai pas insisté davantage sur ce chapitre, c'est que je considère ces faits comme suffisamment connus de la plupart des médecins. D'ailleurs, dans mon mémoire, dont je n'ai pu vous donner qu'un court résumé, vous verrez que j'en ai parlé davantage.

M. Moutier. M. Jocqs attribue bon nombre de lésions oculaires à l'infection dont d'autres organes plus ou moins éloignés auraient été les portes d'entrée. On ne compte plus, a-t-il dit, les cas d'affections oculaires variées guéries à la suite d'un curetage utérin, par exemple. Je me demande s'il est rationnel, en pareil cas, de faire intervenir la doctrine de l'infection d'une manière absolue. Je crois que, bien souvent, il s'agit plutôt de troubles d'origine nerveuse, je citerai à ce propos le cas d'une malade qui, atteinte d'endo-cervicite pour laquelle il pratiqua une simple dilatation, fut atteinte pendant vingt-quatre heures de cécité complète. A mon avis, il ne peut s'agir là que d'action nerveuse. C'est pourquoi je crois qu'il serait bon de restreindre un peu le domaine de l'infection et d'accorder un peu plus aux troubles nerveux dans les rapports entre les affections des yeux et les lésions d'autres organes.

M. Jocqs. Je suis d'accord avec M. Moutier s'il veut dire que les troubles oculaires qui surviennent à la suite des affections utérines ne sont pas toujours d'origine infectieuse.

Peut-être y a-t-il eu, dans ces derniers temps, une exagération de ce côté, mais cette exagération doit être mise sur le compte de la satisfaction qu'ont trouvée les oculistes à pouvoir expliquer, par une cause tangible réelle, ce que, pendant longtemps, avant la période bactériologique, ils étaient obligés de qualifier sans enthousiasme de *nerveux*, de *sympathique*. Laissons de côté les cas douteux; mais il n'en est pas moins vrai, qu'il y a des faits comme ceux que j'ai cités, où la relation de cause à effet entre l'infection utérine et le trouble oculaire était indéniable. D'ailleurs, j'ai eu surtout en vue dans mon travail les cas inflammatoires dont la pathogénie infectieuse a pu être vérifiée, soit par l'opération, soit par l'autopsie.

M. Desnos. M. Jocqs semble considérer comme fréquentes les complications oculaires chez les urinaires; je ne partage pas absolument cette opinion bien que le fait soit incontestable et se présente dans deux conditions bien distinctes, chez les blennorrhagiques et chez les prostatiques infectés. Dans le premier cas, je ne parlerai pas de l'ophtalmie purulente par inoculation directe, mais des irido-choroïdites, des iritis qui ont, sinon une gravité extrême, tout au moins une grande ténacité. Quant aux accidents oculaires des prostatiques, je ne les ai observés que deux fois; ils ont présenté chez ces deux malades une gravité extrême et se sont terminés par une panophtalmie et la perte de l'œil.

E. BOURSIER.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ILES BRITANNIQUES

Société médico-chirurgicale de Glasgow.

16 Décembre 1898.

Tuberculose de l'encéphale. — **M. Steven** présente les pièces provenant d'un enfant de sept ans. Le premier symptôme avait été la plose de l'œil droit, bientôt suivie d'une hémiplegie droite et d'athétose du bras gauche. La pupille droite était dilatée et il y avait une paralysie du muscle droit interne de l'œil. Plus tard, il se produisit une paralysie de la moitié gauche de la face puis de la langue. Finalement, le malade succomba après

avoir eu des vomissements et des convulsions. A l'autopsie on constata des tumeurs de nature bacillaire siègeant sur le cervelet et la protubérance : il y avait une atrophie marquée du moteur oculaire commun du côté droit.

Cirrhose du foie chez un enfant. — M. Hunter montre le foie cirrhotique d'un enfant de six ans, malade depuis plus de six mois. Il avait présenté comme principaux symptômes de la diarrhée, de l'ascite, de l'ictère avec hypertrophie du foie et de la rate. Pas d'antécédents syphilitiques; mais l'enfant avait absorbé de grandes quantités d'alcool. Au point de vue anatomique, il s'agit d'une cirrhose multilobulaire.

Ulcères perforants. — M. Steven relate deux observations d'ulcère perforant, le premier du duodénum, le second de l'estomac. Dans les deux cas, la perforation s'était faite brusquement, sans prodromes, pendant un effort, déterminant une péritonite suraiguë qui avait emporté les deux malades en vingt-quatre heures.

ÉTATS-UNIS

Association médicale de New-York.

21 Novembre 1898.

Rétrécissement de l'œsophage consécutif à une fièvre typhoïde, Gastrostomie. — M. Dennis relate l'observation d'un homme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut un rétrécissement de l'œsophage qui au bout de six mois aboutit à une occlusion complète. Après avoir nourri le malade pendant des mois au moyen de lavements nutritifs, on se décida à faire la gastrostomie en présence de son état avancé de cachexie. Malgré la persistance d'une fistule gastrique, le malade revint rapidement à la santé. Le rétrécissement était dû à la cicatrisation d'une ulcération typhique.

Kyste dermoïde multiloculaire du scrotum. — M. Mauley présente la photographie d'une tumeur rare : c'est un kyste dermoïde multiloculaire du scrotum avec hernie inguinale gauche, développés chez un homme de soixante ans. Le poids de la tumeur était de 15 livres. On incisa et on draina le kyste; les suites furent excellentes.

Ostéomyélite du tibia. — M. Mauley rapporte l'observation d'un homme qui, en jouant, se fit une entorse du genou; il se produisit une synovite qui résista à tous les traitements. On examina alors le malade de plus près et on trouva une ostéomyélite du tibia; on trépana et on retira du pus. Le sujet guérit parfaitement.

LIVRES NOUVEAUX

M. Nicolle. — *Matières colorantes et microbes*, 1 vol. de 78 pages de la *Bibliothèque de la Revue générale des matières colorantes*, 1899.

L'ouvrage de M. Nicolle comprend trois parties bien distinctes. La première a pour objet l'étude des matières colorantes utilisables en bactériologie. L'auteur, dont la compétence sur ce sujet est bien connue, décrit avec beaucoup de clarté et de précision les méthodes auxquelles on doit avoir recours, non qu'il les indique toutes, mais il fait un choix judicieux et fournit ainsi des renseignements fort utiles. Cette partie de l'ouvrage rendra de grands services aux personnes qui travaillent dans les laboratoires. Je me demande seulement pourquoi, ce livre étant destiné à des bactériologues, l'auteur a ajouté, en notes, quelques indications historiques qui me paraissent trop incomplètes pour être justes.

La deuxième partie traite des matières colorantes produites par les microbes. Après quelques généralités, l'auteur étudie en détail trois des bactéries chromogènes les plus intéressantes : le bacille pyocyanique, le bacille du lait bleu et le prodigiosus.

Les microbes qui produisent du pigment ne semblent pas appelés à un grand avenir industriel. Il n'en est plus de même des microbes qui, décomposant certains glycosides, mettent en liberté des couleurs préexistantes. La production de l'indigo, de l'orcéine est due à des fermentations dont l'étude constitue la troisième partie de l'intéressante brochure de M. Nicolle.

H. ROGER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'acide cinnamique
et le traitement des tuberculoses¹.

M. Landerer vient de publier sous forme d'un livre qui ne comprend pas moins de 308 pages illustrées de 26 photographures et d'un grand nombre de figures en noir, le compte rendu complet de longues et patientes recherches poursuivies, depuis 1886, dans le but d'élu-

1. A. LANDERER. — « Traitement des tuberculoses par l'acide cinnamique », 1898, Leipzig (F.-G.-W. Vogel, éditeur).

cider le rôle thérapeutique qu'il attribue à l'acide cinnamique et à ses composés dans le traitement des affections organiques déterminées par le bacille de Koch.

Le livre a été écrit par un homme pleinement convaincu de l'excellence de la cause qu'il défend, et à l'appui de laquelle il apporte des documents à profusion. Il ne nous appartient pas de contester la valeur des résultats qu'il proclame, attendu que nous ne possédons pas la moindre expérience personnelle sur cette intéressante question; tout ce que nous nous croyons en droit de dire, c'est que ses recherches paraissent avoir été très consciencieusement exécutées et que son travail engagera certainement les gens de bonne foi qui le liront à contrôler ses assertions et à renouveler ses expériences.

Par quel enchaînement d'idées Landerer a-t-il été amené à traiter la tuberculose au moyen des composés cinnamiques? En se basant sur la nécessité d'attaquer l'agent pathogène au sein des tissus, de déterminer l'isolement, puis la cicatrisation des foyers bacillaires à l'aide d'un processus inflammatoire aseptique; or, le moyen le plus sûr d'avoir prise sur le bacille et de le poursuivre dans ses localisations, c'était de le suivre par la voie qu'il choisit ordinairement pour s'installer dans l'économie : le système circulatoire. Restait à trouver une arme suffisamment puissante pour le combattre, d'une innocuité parfaite vis-à-vis de l'organisme et susceptible d'arriver jusqu'aux foyers morbides par l'intermédiaire de la circulation.

M. Landerer s'était, tout d'abord, adressé au baume du Pérou, dont les propriétés antibacillaires sont bien connues. Malheureusement, cette substance fut loin de justifier ses prévisions. C'est alors qu'il eut l'idée d'expérimenter l'acide cinnamique, qui, comme on le sait, est un des éléments les plus actifs du baume du Pérou. Ses premières recherches sur les animaux datent du mois d'août 1890; elles l'encouragèrent à essayer cette méthode thérapeutique chez l'homme dès le mois de Septembre de la même année. Les résultats qu'il en a obtenus l'autorisent à considérer l'acide cinnamique et les cinnamates comme un mode de traitement très rationnel de la tuberculose, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente.

Les modifications histologiques qui surviennent au niveau du foyer tuberculeux sous l'influence de cette médication, en d'autres termes, les différentes phases du processus de guérison, seraient les suivantes. Première phase : dilatation des capillaires, afflux de leucocytes, la plupart polynucléaires, dans l'intérieur des vaisseaux et autour d'eux; extravasation de sérosité. Deuxième phase : apparition de cellules fusiformes, qui s'accroissent aux leucocytes, et prolifération du tissu conjonctif; production de cellules épithélioïdes, de vaisseaux de nouvelle formation qui pénètrent dans les foyers bacillaires en facilitant la résorption des éléments nécrosés; enfin, vascularisation plus ou moins abondante de la région et production de tissu fibreux. Troisième phase : organisation du tissu fibreux en tissu de cicatrice.

M. Landerer s'est livré à un très grand nombre d'expériences pour tâcher d'éclaircir le mécanisme intime du processus curateur; les seuls points qu'il lui a été possible de déterminer avec une certaine précision sont les suivants : 1° l'acide cinnamique et ses composés déterminent une hyperleucocytose intense, caractérisée surtout par la présence de cellules polynucléaires et de cellules éosinophiles; 2° ces substances n'ont aucune action nocive sur les globules rouges; elles ne paraissent pas influencer le taux de l'hémoglobine ni agir sur le filtre rénal; 3° les réactions auxquelles donnent lieu l'acide cinnamique et ses composés ne s'observeraient que chez les tuberculeux; du moins, Landerer n'y a jamais pu les constater chez les individus sains ni chez les sujets atteints d'infections autres que la tuberculose.

De ces faits, M. Landerer conclut que l'acide cinnamique ne peut assurément pas être considéré comme un spécifique de la tuberculose, dans le sens rigoureux du mot; mais, que de cet aveu, on ne saurait, de bonne foi, conclure à l'inefficacité du médicament; les faits sont là, qui démontrent incontestablement le contraire, et, de ce qu'un agent thérapeutique n'a pas de pouvoir spécifique sur une affection donnée, il ne s'ensuit nullement qu'il soit dépourvu de tout pouvoir curateur. Deux hypothèses peuvent en expliquer l'action : 1° l'acide cinnamique se combine peut-être avec les toxines tuberculeuses pour donner naissance à un produit inoffensif (ceci compris dans le sens admis par Behring); 2° l'acide cinnamique renforce simplement la résistance de l'organisme et lui permet de lutter victorieusement contre le poison tuberculeux; dans ce cas, ce composé serait un agent prophylactique, une alexine, suivant l'expression imaginée par Buchner.

L'acide cinnamique ou mieux le cinnamate de soude est administré en injections, qui peuvent être intra-veineuses ou intra-musculaires. Dans le premier cas, on aura recours aux veines du pli du coude ou du bras; dans le second, la région fessière devra être préférée à toute autre.

De tous les composés cinnamiques, Landerer a adopté l'hétoï ou cinnamate de sodium, poudre cristalline blanchâtre, peu soluble dans l'eau froide, bien soluble dans l'eau chaude, l'alcool, les corps gras, etc., qu'il fait dissoudre dans une solution physiologique de chlorure de sodium.

Pour le traitement de la tuberculose pulmonaire,

il faut débiter par des doses peu élevées, voire même très faibles, afin de tâter la susceptibilité individuelle des malades. On fera donc bien de commencer par des injections de 1 milligramme d'hétoï, et, chez les sujets très affaiblis, il sera prudent de réduire cette dose à 1/2 milligramme; mais, toutes les fois que l'on se trouvera en présence de personnes relativement vigoureuses, on pourra essayer d'emblée des injections avec 2 milligrammes de ce produit.

Avant d'instituer le traitement, M. Landerer recommande de placer les malades en observation pendant deux jours, de manière à étudier leurs oscillations thermométriques, deux, trois et même quatre fois par jour. Toutes précautions d'asepsie étant prises, on commencera par des injections intra-veineuses de 1 milligramme, qui seront répétées toutes les quarante-huit heures, en augmentant chaque fois la dose de 1 milligramme; il est préférable de procéder à cette petite opération dans la matinée, en ayant bien soin de ne pas dépasser la dose de 25 milligrammes, qui doit être considérée comme la dose maxima; l'auteur a eu bien rarement l'occasion d'atteindre 40 à 50 milligrammes, et cela chez des sujets exceptionnellement doués sous le rapport de la tolérance; aussi conseille-t-il de ne pas imiter son exemple, à moins d'indications spécialement déterminées.

Dès que la dose maxima a été atteinte, il est essentiel de poursuivre le traitement pendant quatre à six mois, au bout desquels on suspendra la médication pendant un ou deux mois, pour la reprendre de nouveau, mais en recommençant par des doses peu élevées, comme au début.

Voici les modifications que l'on observerait chez les malades heureusement influencés par ce mode de traitement : diminution des râles humides, qui ne tardent pas à se transformer en râles secs, et, à la longue, à disparaître; diminution de la matité; les sueurs perdent de leur abondance, puis cessent; il en est de même de la toux; quant aux crachats, de purulents, ils deviennent muco-purulents, puis franchement muqueux; l'appétit s'améliore sans le secours d'aucun stimulant gastrique, etc. Pour ce qui est des bacilles contenus dans les crachats, ils commencent à diminuer à partir de la sixième semaine. Enfin, le poids du corps s'accroît dans la très grande majorité des cas.

M. Landerer a appliqué ce traitement dans 119 cas de tuberculose pulmonaire, qu'il a divisés en quatre groupes : 1° 40 cas légers sans complication; 2° 38 cas avancés, mais sans fièvre ni cavernes; 3° 15 cas avancés, avec fièvre; 4° 47 cas de phthisie galopante. Les résultats qu'il a obtenus chez ces malades l'autorisent à formuler les conclusions suivantes : 1° les sujets atteints de tuberculose apyrétique guérissent dans un laps relativement court; 2° les sujets porteurs de cavernes peu étendues, mais exempts de phénomènes fébriles, peuvent aussi guérir complètement; dans les cas de grandes excavations pulmonaires, la guérison est plus de problèmes, mais l'état général et l'état local s'améliorent très sensiblement et peuvent donner l'illusion de la guérison; 3° dans la phthisie galopante, les résultats sont bien moins encourageants; 4° la fièvre due aux poisons tuberculeux est presque toujours jugulée par les préparations cinnamiques; il n'en est pas de même de la fièvre hectique, contre laquelle l'hétoï est complètement impuissant.

Quant à la tuberculose intestinale et à la tuberculose péritonéale chronique, M. Landerer a eu l'occasion de traiter 17 malades appartenant à cette catégorie; il a obtenu de bons résultats toutes les fois que le processus était au début de son évolution. A citer aussi 4 cas de maladie d'Addison, concernant une jeune fille de quinze ans, qui fut simplement améliorée.

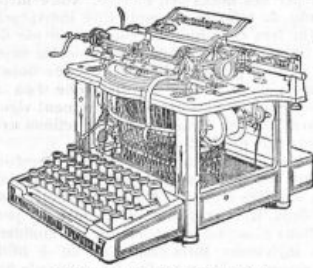
Les résultats observés chez des sujets atteints de bacillose génito-urinaire; ne portent que sur 5 observations assez peu concluantes.

Pour ce qui est des tuberculoses chirurgicales (ostéo-articulaires, articulaires, etc.), 70 sujets atteints de lésions ostéo-articulaires les plus diverses (coxalgie, tumeurs blanches du genou, etc.); ont subi ce traitement. La guérison pourrait être obtenue toutes les fois qu'on a affaire à des foyers fermés, sans communication avec l'extérieur, et, par conséquent, exempts d'infections staphylococciques et streptococciques; dans les cas suppurés, chez les sujets affligés de fistules, d'abcès, les injections de cinnamate de soude (intra-veineuses, bien entendu) seules sont impuissantes à enrayer le mal, à cause de leur inefficacité absolue contre les agents de la suppuration vulgaires.

De l'examen des résultats obtenus chez les malades atteints de tuberculose ganglionnaire, de tuberculose cutanée, etc., il résulte que les adénopathies bacillaires récentes et non suppurées sont remarquablement influencées par les injections intra-veineuses et même par les injections locales d'hétoï; mais cette action curatrice est moins évidente dans le lupus, les ulcérations scrofuleuses de la peau, etc. Elle est nulle contre les tuberculoses cérébrale, méningée et oculaire.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARBTHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



Remington

**LA SEULE
MACHINE A ÉCRIRE
CONSTRUITE SPÉCIALEMENT
en vue des Ordonnances médicales**
(Voir la Presse Médicale du 22 Juin 1898)

Vous trouverez réunies dans le modèle n° 7. 1897, toutes les QUALITÉS RÉELLES de construction et de solidité qui ont rendu la « REMINGTON » célèbre et des PERFECTIONNEMENTS SCIENTIFIQUES qui augmentent dans une notable proportion son UTILITÉ et sa DURABILITÉ.

WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT 8, boulevard des Capucines, PARIS

CATALOGUE SUR DEMANDE

Granules de Catillon

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

OBESITÉ, MYXÉDÈME, GOÏTRE
Tablettes de Catillon à 0^{rs}.25 de corps

STROPHANTUS

ASTHOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

THYROÏDE

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl. 3 fr.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

PRÉPARATIONS DE MALT

DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT

AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Vente en Gros : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

MORRHUOMALTOL

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCAIRE
NERVEUX et SANGUIN — Renferme tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : Chlorures, Bromures, Iodures, etc. de Malt, Diastase, etc. et 15 de Kéolⁱⁿ gratuit aux Médecins. Ph^o. 38, R. du Bac, Paris. Glycero-phosphate de chaux chimiquement pur par dose.

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse } Se combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.

LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN

SOURCE BADOIT

L'EAU DE TARIF SANS RIVAL. — La plus Légère à l'Estomac. Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

Laxatif **TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION** *Rafraichissant*

PAR LA

TAMARINE GRIGNON

préparée par A. GRIGNON, pharmacien de 1^{re} classe.

PILULES MOLLES AUX PRINCIPES ACTIFS DU TAMARIN DE L'INDE
dosées à 0,10 centigrammes, entièrement solubles dans les sucs digestifs.

ACTION RÉGULIÈREMENT LAXATIVE, SANS COLIQUES NI CHALEUR A L'ESTOMAC
RECOMMANDÉE POUR COMBATTRE

LA CONSTIPATION HABITUELLE

ÉCHANTILLONS sur demande à MM. les Médecins

Chaque boîte est accompagnée d'un prospectus et les initiales du médecin prescripteur et les initiales du pharmacien sont gravées sur les cachets recouvrant le flacon et la fermeture des boîtes.

AGENASCTR 1^{er}

ÉCHANTILLONS sur demande à MM. les Médecins

MODE D'EMPLOI
Une ou deux pilules le soir en se couchant. Si cette dose ne suffit pas on peut prendre en plus une pilule le matin mais on doit au moins attendre 3 jours avant d'augmenter la dose. Se présenter à la selle tous les matins à la même heure.

Dépôt général pour la Vente : Pharmacie, 25 et 27, rue Drouot, et dans toutes les Pharmacies.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements. 7 fr.
Etranger. 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LÉTULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

MALFORMATIONS DUODÉNALES; DIVERTICULES PÉRI-VATÉRIENS, par M. LÉTULLE (avec 2 figures en noir) 13

SUR LE PHÉNOMÈNE DE CH. BELL DANS LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE ET SUR SA VALEUR PRONOSTIQUE, par MM. H. BODIER et H. FRENKEL 13

MÉDECINE PRATIQUE

Manuel opératoire et indications des injections intra-utérines, par M. SCHWAB 16

ANALYSES

Anatomie et physiologie : La peau intacte est-elle perméable pour l'arsenic? par M. G. VOGEL 18

Médecine : Le reflux hépato-jugulaire, par M. RONDOT. — Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde (angine à bacilles fusiformes), par M. VINCENT 18

Chirurgie : Recherches sur le pneumothorax opératoire, par M. GRAULANOS 19

Obstétrique et gynécologie : Pansement du cordon ombilical au moyen de l'alcool, par M. V. BUDBERG. — Menstruation tubaire, par M. THOMSON 19

Maladies des enfants : Tuberculose cutanée verruqueuse chez les enfants, par M. J. COMBY 19

Neurologie et psychiatrie : Épilepsie et érysipèle; traitement de l'épilepsie par le sérum antistreptococcique, par M. ROBERT HESSELB. — Sarcose angiolithique de la dure-mère chez une aliénée, par M. ANGLADE 19

Ophthalmologie : Rupture de la sclérotique, par M. FICUSSE. — Le jeu des muscles oculaires dans l'excitation centrale; le centre de coordination et les voies des mouvements oculaires coordonnés, par M. A. TOPOLAVSKI 19

Dermatologie et syphiligraphie : Les exanthèmes antipyriniques, par M. APOLLANT. — Syphilis gonmoenne du rein chez un enfant de neuf mois, par MM. P. HAUSHALTER et M. RICHON 20

Centenaire de l'Académie impériale de médecine militaire de Saint-Petersbourg 12

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Gastrotomie pour corps étrangers de l'œsophage, M. LEJARS. — Des indications, contre-indications et dangers de la médication thyroïdienne, M. F. FRANCK. MM. LANCEREAUX, POTAIN, HUCHARD, PANAS. — Chirurgie de l'estomac, M. DOYEN. — Rapport sur les épidémies du peste, M. PROUST 12

Société de biologie : Détermination du poids moléculaire moyen des substances urinaires, M. CH. BOURCHARD. — Intoxication par le bromhydrate de scopolamine, M. DE BOURGON. — Accès comitiaux et équivalents délirants, MM. TOULOUSE et MARCHAND. — Anatomie et physiologie des plantes rendues artificiellement alpines, M. G. BONNIEU. — Inoculations intra-cérébrales, MM. LECLAINCHE et MORILL. — Grégairines, hôtés digestifs des annélides marines, M. MESSIL 12

Société de médecine légale : Elections 13

LIVRES NOUVEAUX

Clinique des maladies du système nerveux, par M. F. RAYMOND. — Chirurgie des voies urinaires, par M. E. CHEVALIER 13

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du muguet par les lavages de l'estomac à l'eau de Vichy. — Traitement de la petite urémie. — Les injections salines sous-cutanées massives dans les brûlures étendues 13

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 18 Janvier 1899, à 1 heure. — M. THÉBAULT : Des troubles cardiaques dans la dysenterie; MM. Potain, Tillaux, Lancereaux, Lejars. — M. MATHIEU : De la suppression du cristallin transparent dans le traitement de la myopie forte stationnaire et de la myopie progressive; MM. Tillaux, Potain, Lancereaux, Lejars. — M. BACHELIER : Des métrorragies virginales essentielles; MM. Tillaux, Potain, Lancereaux, Lejars. — M^{lle} LASCOWSKY : Contribution à l'étude de l'ecthyma tébrant infantile; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Gilles de la Tourette. — M. CHARTIER : De la phthisie et en particulier de la phthisie latente dans ses rapports avec les psychoses; MM. Joffroy, Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette.

Jeudi 19 Janvier 1899, à 1 heure. — M. NOICA : Contribution à l'étude de la fétilité dans les maladies de l'appareil respiratoire; MM. Cornil, Budin, Marfan, Roger, M. DECROIX : Contribution à l'étude de l'anémie pernicleuse chez les femmes enceintes; MM. Budin, Cornil, Marfan, Roger. — M. MOUILLE : Des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme; MM. Guyon, Panas, Poirier, Albarran. — M. MORANDEAU : Contribution à l'étude des arthropathies consécutives aux traumatismes médullaires et particulièrement aux fractures du rachis; MM. Panas, Guyon, Poirier, Albarran. — M. MORELY : Essai sur l'ouverture des collections annexelles par la voie vaginale; MM. Berger, Troisier, Faure, Langlois. — M. LAFRANCHI : Les hématuries atypiques et la cystoscopie; MM. Berger, Troisier, Laure, Langlois. — M. DESCHAMPS : Du sport vélocipédique; effets physiologiques; MM. Berger, Troisier, Faure, Langlois.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 Janvier 1899. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Lannelongue, Varnier, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Reclus, Humbert, Delbet. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Blum, Lejars, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Dupré, Méry.

Mardi 17 Janvier 1899. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Berger, Bonnaire, Faure. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Hutinel, Achard, Thiroloix. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Panas, Albarran. — 5^e (Deuxième partie), Charité (1^{re} série) : MM. Jacoud,

Hallopeau, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Debove, Troisier, Chartrin.

Mercredi 18 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Poirier, Sebileau, Mauclair. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Humbert, Walther, Lepage.

Jeudi 19 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Rémy, Hartmann, Thiéry. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Gley. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Proust, Vaquez, André.

Vendredi 20 Janvier 1899. — 2^e, Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Lannois, Broca (André). — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (1^{re} série) : MM. Reclus, Delbet, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (2^e série) : MM. Humbert, Walther, Legueu. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Potain, Lancereaux, Teissier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 21 Janvier 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Rémy, Langlois. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Roger. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Poirier.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ce concours sera ouvert le mercredi 22 Février 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 Janvier 1899, et sera clos définitivement le samedi 4 Février suivant, à 3 heures.

Concours de l'Internat.

10 Janvier. — PORTION EXTRA-CRANIENNE DU NERF FACIAL. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉRYTHÈME DE LA FACE. — MM. Laignel-Lavastine, 16. — Sabatié, 15. — Courtellemont, 8. — Bonneau, 10. — Lobbigé, 8. — Kahn, 12. — Beauvy, 11. — Mircouche, 11. — Gennet, 11. — Lecornu, 12.

Prochaine séance mercredi 11 Janvier, à 8 h. 1/2 du soir.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société de Biologie. — M. Guyon, ayant réuni la majorité des suffrages, a été nommé membre titulaire de la Société.

MM. Heckel, professeur à l'Université d'Iéna, et Ray Lankester, directeur du British Museum, à Londres, ont été élus membres honoraires.

M. Kuhne, professeur de physiologie à l'Université d'Heidelberg, a été nommé membre associé.

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE
POUGUES TONI-DIGESTIVE
Antiseptique, Désinfectant,
Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 3, 11 JANVIER 1899.

CARABANA PURGE GUÉRIT
SAINTE-GALMIER BADOIT
CASCARA DEMAZIERE
PILULES DRAGÉIFIÉES
SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

CONTREXEVILLE-PAVILLON
VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL
PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies
HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

MM. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur (de Lille), et de Vries, professeur à l'Université d'Amsterdam, sont nommés membres correspondants.

Société de médecine légale. — MM. Budin, Mayrier et Séglas sont nommés membres titulaires de la Société de médecine légale.

Société de médecine publique et d'hygiène. — Le bureau de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle pour l'année 1899 est constitué de la façon suivante : *Président* : M. Landouzy; *Vice-présidents* : MM. Bellonnet, Laveran, Letulle, Emile Philibert; *Secrétaire général honoraire* : M. Napias; *Secrétaire général* : M. A.-J. Martin; *Secrétaires généraux adjoints* : MM. Launay, Louis Martin; *Trésorier* : M. Galante; *Archiviste* : M. Faivre; *Secrétaires* : MM. Darras, Deschamps, Martha et Garnier.

Société médicale du IX^e arrondissement. — La Société a constitué son bureau pour 1899 : *Président* : M. R. Jamin; *Vice-président* : M. Boissard; *Secrétaire général* : M. Ozanne; *Secrétaire général adjoint* : M. Dagnon; *Trésorier* : M. Dubois de Lavigerie; *Secrétaires des séances* : MM. Duvau et Millon; *Conseil de famille* : MM. P. Garnier, Chiplier, Nitot et Moizard, anciens présidents.

Le sanatorium d'Hautville. — On construit actuellement dans les montagnes du Bugey le premier sanatorium français pour les tuberculeux adultes pauvres.

Le sanatorium, qui pourra recevoir chaque année 500 malades, s'élève sur le territoire de la commune de Hautville (Ain), à près de 1,000 mètres d'altitude et à la lisière de magnifiques forêts de sapins.

La Société qui a entrepris cette œuvre si recommandable a son siège à Lyon. La charité lyonnaise l'a déjà pourvue de 450,000 francs et arrivera certainement à doubler et plus que doubler cette somme. Et il y a des raisons de croire que le sanatorium lyonnais fonctionnera avant le sanatorium parisien d'Angicourt, dont les travaux traînent depuis cinq années.

Service de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : M. Cartier; au grade de médecin de 1^{re} classe : MM. Emily et Guillon.

Étranger.

— MM. Georges Sticker et Henri Walther, privatdocteurs à la Faculté de médecine de Giessen, sont promus au rang de professeur extraordinaire.

— M. Cohnheim, assistant à l'Institut de physiologie de l'Université de Heidelberg, est nommé privatdocent.

— M. Bier, professeur extraordinaire à l'Université de Kiel, est appelé comme professeur ordinaire de chirurgie à l'Université de Greifswald.

— La Société de médecine de Berlin vient de tenir sa première réunion de l'année. Il résulte du rapport du trésorier que la Société compte 1.130 adhérents. Sa fortune s'élève à 430,500 marks, sans compter un fonds de réserve de 3,000 marks et une caisse de 11,100 marks.

Tous les membres du bureau ont été réélus : Virchow à la présidence par 153 voix sur 159, les membres du comité, von Bergmann, Senator, Abraham; le trésorier, Bartels, et le bibliothécaire, Ewald, par acclamation.

— Le professeur von Bergmann (de Berlin), un des délégués allemands au Centenaire de l'Académie militaire de médecine de Saint-Petersbourg, met à la disposition de cet établissement une somme annuelle de 500 marks qui devra être attribuée à des étudiants pauvres des Provinces Baltiques.

— Dans la prochaine séance de la Société physiologique de Berlin, le professeur Hansemann lira un rapport sur le cerveau de Helmholtz.

— Les professeurs et docteurs des Facultés de médecine suisses, de nationalité allemande, viennent d'adresser au chancelier de l'Empire une pétition dans laquelle ils demandent que, dans les règlements futurs qui régiront les examens en Allemagne, les mots de « Universités allemandes » soient substitués à ceux de « Universités de l'Empire allemand »; qu'un paragraphe nouveau y soit introduit, reconnaissant la validité des diplômes conférés par les Universités suisses-allemandes de Bale, Berne et Zurich, que les médecins ayant passé l'examen d'Etat en Suisse soient admis à se présenter aux places d'assistants dans les Universités allemandes.

Les pétitionnaires se fondent sur les bonnes relations de voisinage existant entre l'Empire allemand et la Confédération helvétique. On voit le but qu'ils poursuivent.

Nécrologie. — On annonce, de Londres, la mort de sir James Mouat, ancien inspecteur général des hôpitaux et chirurgien honoraire de la reine.

CENTENAIRE

DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE MILITAIRE DE MÉDECINE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Au banquet du 10 (31) Décembre 1898 présidé par Son Excellence le Ministre de la guerre, M. Landouzy, délégué du grand maître de l'Université de France, représentant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris et l'Académie de Médecine de Paris, appelé le premier à répondre, a prononcé le toast suivant :

EXCELLENCE, MESSIEURS,

« Au nom de la Science et de la Médecine françaises, je lève haut mon verre en l'honneur de la

Science et de la Médecine russes qui, durant ces trois jours de généreuses émotions partagées, nous ont dit et répété — paroles bien douces aux oreilles françaises — que l'éclat de la Science et de la Médecine russes était, pour une part, fait du rayonnement jeté sur la science par Claude Bernard, par Pasteur, par Cruveilhier, par Charcot, dont les travaux ont tant fait pour agrandir le domaine de la Biologie.

« Je lève haut mon verre en l'honneur des membres, savants et médecins, de l'Académie impériale militaire de Médecine de Saint-Petersbourg; en l'honneur des savants et des médecins de toutes les Russies; je lève mon verre en l'honneur des Nestors de la science russe, en l'honneur de Mendéléef et de Setchenoff, en l'honneur de leurs émules, de Kovaleski et de Metchnikoff dont le cœur, à l'Institut Pasteur de Paris, bat pour la science à l'unisson des cœurs français.

« Je lève haut mon verre en l'honneur de Son Altesse le prince d'Oldenbourg, dont la munificence a doté Saint-Petersbourg d'un Institut incomparable que l'ancien comme le nouveau monde vous envie, établissement merveilleux qui restera l'éternel honneur du prince devenu, par amour pour la science et admiration pour Pasteur, le Mécène des savants et des médecins russes.

« J'ai dit : Excellence et Messieurs, au nom de la Science et de la Médecine françaises, je lève, haut, deux fois, mon verre en l'honneur et pour la gloire de la Science et de la Médecine de toutes les Russies. »

Hourrah ! Hourrah !

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

10 Janvier 1899.

Gastrotomie pour corps étrangers de l'œsophage. — M. Lejars. Une jeune fille de vingt et un ans, dans un accès de délire, avala toute une pile de sous : elle entre, deux jours après, dans le service de M. Fernet, avec des symptômes grave d'urémie, et ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'elle expulse dans une selle trois pièces de 5 centimes et qu'elle raconte alors l'accident. La crise urémique est passée, mais la déglutition reste fort pénible, les vomissements journaliers, les douleurs épigastriques intenses. L'examen radiographique montre un premier aggloméré de corps étrangers à la partie inférieure de l'œsophage, et un autre au centre de l'épigastre.

Le 12 Décembre, je pratique la gastrotomie. Après une laparotomie médiane sus-ombilicale, l'estomac est attiré au dehors et incisé sur sa face antérieure, à égale distance des deux courbures et parallèlement à son grand axe, dans une longueur de 40 centimètres. On explore sa cavité, sans y rien découvrir; une sonde est alors introduite par le cardia, de bas en haut, dans l'œsophage; elle frotte, en arrière, sur un corps métallique : on la pousse au delà, puis on la ramène de haut en bas, en inclinant le plus possible en avant, pour déloger et faire tomber dans l'estomac le corps étranger. La manœuvre réussit, et l'on extrait de la cavité gastrique un bloc de pièces, cinq pièces de 10 centimes, une de 5 centimes, agglutinées ensemble. La brèche stomacale est fermée par un double surjet et la plaie réunie.

Cette intervention est suivie d'une guérison très simple; l'alimentation est reprise très vite, et l'opérée jouit aujourd'hui d'un appétit remarquable et a des déjections parfaites. Quinze jours après l'opération, elle a expulsé dans les gardes-robes les quatre derniers sous : deux pièces de 5 centimes et une de 10. Elle en avait avalé dix-huit.

C'est là un exemple des résultats que l'on peut obtenir par la gastrotomie et le cathétérisme rétrograde de l'œsophage, en présence d'un corps étranger volumineux enclavé dans le segment inférieur de ce conduit, alors que la propulsion est impraticable ou dangereuse.

Des indications, contre-indications et dangers de la médication thyroïdienne. — M. F. Franck. Depuis 1882, MM. Reverdin et Kocher ont établi un rapport entre la suppression des fonctions du corps thyroïde et l'apparition de certains symptômes.

L'indication qui s'imposait, de remplacer les fonctions absentes du corps thyroïde a été remplie par les greffes thyroïdiennes, par l'ingestion du corps thyroïde et par l'injection d'extrait thyroïdien.

Chez tous les sujets dont la sécrétion thyroïdienne est insuffisante, la médication a un succès remarquable : on voit les nains grandir, les idiots devenir intelligents, les cachectiques prendre des forces.

Les succès des divers cliniciens dans le traitement de l'infantilisme sont là pour attester la réalité de ces succès thérapeutiques.

Depuis, on a tenté d'élargir le cadre des indications

du traitement thyroïdien. On y a fait rentrer divers états dystrophiques rappelant le myxoedème par l'état de la peau ou les troubles du système nerveux : les succès ont été divers.

Enfin, on a essayé de soumettre les obèses à ce traitement; mais ici, ce ne sont pas des insuccès que l'on a eus, ce sont de véritables dangers que l'on a créés : le corps thyroïde produit, en effet, chez les obèses des effets toxiques rapides dont l'amaigrissement est la première étape.

En s'inspirant des idées physiologiques, on a cherché à lutter contre certains troubles du système nerveux dans l'arthritisme, la sclérodémie, l'artériosclérose; M. Lancereaux dit avoir eu dans ces cas de bons résultats.

L'interprétation des succès, dans les cas où la médication thyroïdienne réussit, est fournie par les résultats de l'extirpation de la thyroïde sur les animaux.

On a vu survenir, à la suite de cette opération, de la tétanie, des désordres nerveux et un ensemble d'accidents aigus et chroniques.

Normalement, le corps thyroïde a pour fonction de détruire un poison du système nerveux.

Il faut donc, lorsque le corps thyroïde est insuffisant, restituer à l'économie la substance active nécessaire pour détruire la toxine d'origine nerveuse.

Tous les extraits préparés avec le corps thyroïde sont très toxiques; ils produisent de la tachycardie, des syncopes et de véritables accès d'asthénie.

Un certain nombre de cas de mort ont été signalés chez des sujets soumis au traitement thyroïdien.

Le poison est d'autant plus dangereux qu'on l'introduit chez un sujet dont la fonction thyroïdienne n'est pas compromise : c'est ce qui a lieu dans le traitement de l'obésité par l'extrait thyroïdien.

Les produits thyroïdiens étant tous des produits très toxiques, l'Académie peut émettre un vœu pour que la thyroïdine soit classée parmi les médicaments dangereux et ne soit livrée au public que sur la recommandation expresse d'un médecin.

M. Lancereaux. Les produits thyroïdiens sont en effet dangereux et ne doivent être administrés que judicieusement.

J'ai toujours débuté par de faibles doses, 0,50 par jour, et cessé l'emploi dès que la tachycardie atteignait le chiffre de 120.

M. Potain. Rien ne peut avertir à l'avance le médecin de l'apparition des accidents graves. Les troubles cardiaques débutent subitement et peuvent persister très longtemps.

M. Huchard. On ne doit employer la thyroïdine qu'avec les plus grandes précautions, surtout chez les sujets atteints d'une affection cardiaque. C'est brusquement qu'apparaissent la tachycardie et les hypothermies qui sont parfois assez graves pour mettre la vie du malade en danger.

M. Panas. L'Académie nomme une commission de 5 membres destinée à étudier les restrictions nécessaires à apporter à l'emploi de la thyroïdine.

Cette commission est composée de MM. F. Franck, Lancereaux, Potain, Huchard et Ferrand.

Chirurgie de l'estomac. — M. Doyen. Dans les cas de sténose pylorique simple et de contracture spasmodique du pylore, il faut remplacer la gastro-entérostomie par la gastro-duodénostomie avec section transversale du pylore. Cette opération donne un orifice de 40 millimètres. Au bout de six à huit jours, l'opéré peut digérer des aliments variés.

M. Doyen a imaginé, pour la gastro-anastomose, un œillet métallique, qui présente sur le bouton de Murphy de nombreux avantages :

a) Pour un même diamètre extérieur de 27 millimètres, le calibre utile est deux fois plus considérable et l'épaisseur beaucoup moindre;

b) Il anastomose l'estomac et l'intestin, à la fois par suture et par invagination, car la pièce mâle, sur laquelle est fixé l'estomac, porte huit pointes qui perforent, en les invaginant dans la rainure de la pièce femelle, les tuniques de l'estomac et de l'intestin;

c) Cet œillet anastomotique ne peut s'éliminer que du côté de la pièce femelle, qui est placée dans le bout inférieur.

M. Doyen présente une tumeur de l'estomac, extirpée par la pylorotomie, avec gastro-entérectomie et ligature en masse de l'estomac et du duodénum.

Rapport sur les épidémies de peste. — M. Prout lit un rapport sur les dernières épidémies de peste survenues en Europe et en Orient.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

7 Janvier 1899.

Détermination du poids moléculaire moyen des substances urinaires. — M. Ch. Bouchard. J'ai fait valoir ailleurs les raisons qui me font admettre que la molécule d'albumine peut se fragmenter et se multiplier. Celles des molécules secondaires qui se destinent à prendre la voie de l'élimination rénale s'amoindrissent encore par perte de carbone quand la nutrition est parfaite, ou gardent une plus forte proportion de carbone quand les actes de la destruction sont languissants.

quand, par exemple, la fonction respiratoire est entravée ou quand la fonction hépatique est amoindrie.

D'une façon générale, les produits de désassimilation, à mesure que leur molécule se dédouble et perd de son carbone, à mesure par conséquent que leur poids moléculaire diminue, deviennent moins toxiques et plus dialysables, double caractère des matières excrémentielles parfaites.

Intoxication par le bromhydrate de scopolamine. — M. de Bourgon. La thérapeutique oculaire s'est servie dans ces derniers temps du bromhydrate de scopolamine. Cet alcaloïde, tiré d'une plante de la famille des solanées, a été surtout employé au même titre que les autres mydriatiques, produisant même une dilatation pupillaire plus rapide et plus durable que l'atropine, sans élévation consécutive de la tension intra-oculaire.

L'emploi de cet alcaloïde n'est pas sans danger. J'ai observé chez une jeune femme un cas d'intoxication, avec hallucinations et phénomènes délirants ayant persisté durant quatre jours, après emploi d'une dose minime de 4 dixièmes de milligramme, en instillations oculaires. Le bromhydrate de scopolamine ne saurait ainsi jouir de l'innocuité absolue, vantée par la plupart des thérapeutes.

Accès comitiaux et équivalents délirants. — MM. Toulouse et Marchand. Nous venons d'observer durant dix-huit mois une malade épileptique, qui a présenté des périodes de délire sans accès convulsifs, alternant avec des périodes de lucidité avec accès convulsifs. Sur le graphique que nous présentons, on voit que les accès ne se montrent jamais durant les périodes délirantes, et sont plus fréquents dans les jours qui précèdent ces périodes. Il nous semble légitime d'admettre que ces états délirants sont les équivalents des accès comitiaux.

Anatomie et physiologie des plantes rendues artificiellement alpines. — M. G. Bonnier. J'ai entrepris un certain nombre d'expériences dans le but de provoquer par des alternances de température les caractères des plantes alpines. Par le maintien à 0° dans une étuve vitrée, ou par des alternances diurnes et nocturnes de température continuées durant un temps variable, j'ai pu retrouver chez les plantes ainsi traitées, la plupart des caractères anatomiques et physiologiques qu'elles présenteraient naturellement si elles avaient poussé à 1.800 mètres d'altitude environ, dans les Alpes ou dans les Pyrénées. En examinant des coupes comparables des feuilles de ces plantes à l'état frais, j'ai pu constater une quantité de chlorophylle beaucoup plus abondante dans les feuilles des végétaux ainsi soumis à ces températures extrêmes, que dans celles des plantes laissées aux conditions ordinaires du climat parisien.

Inoculations intra-cérébrales. — MM. Leclainche et Morel (de Toulouse). M. Nocard présente au nom de MM. Leclainche et Morel, une note sur les résultats obtenus par l'inoculation intra-cérébrale de différents microbes, inoculation pratiquée suivant la méthode de MM. Roux et Borrel.

Grégarines, hôtes digestifs des annélides marines. — M. Mesnil étudie les grégarines dans le tube digestif des annélides marines et en détache un groupe à part, spécial par les spores et les sporozoides.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

9 Janvier 1899.

La séance a été consacrée à l'intronisation du nouveau président, M. Charpentier, et à l'élection de nouveaux membres titulaires.

P. DESFOSSÉS.

LIVRES NOUVEAUX

F. Raymond. — *Clinique des maladies du système nerveux* (Hospice de la Salpêtrière, année 1896-97). Troisième série.

Chaque année, M. le professeur Raymond consacre une partie de ses leçons à l'étude d'une affection déterminée. L'année dernière, c'est l'étude des polyneuropathies qui avait été poussée dans ses moindres détails; cette année, c'est l'étude approfondie des tumeurs cérébrales qui fournit le sujet des dix-sept premières leçons du livre qui vient de paraître.

Certes, le diagnostic grossier de tumeur cérébrale est, dans la majorité des cas, facile à porter. Il n'est pas nécessaire de rappeler ici la valeur diagnostique considérable que possèdent les symptômes habituels : la céphalée, violente, tenace, continue, diffuse, avec, quelquefois, un point maximum; les vomissements, simples régurgitations le plus souvent; les attaques convulsives, partielles ou généralisées; la torpeur intellectuelle; l'œdème de la papille, aboutissant finalement à l'atrophie. Cet ensemble de symptômes, si caractéristique, ne permet pas l'hésitation.

Mais c'est précisément une fois le diagnostic de tumeur cérébrale établi que commencent les difficultés. Car de la conduite que l'on doit suivre découlera soit la mort

du malade à échéance plus ou moins longue, soit sa guérison. Ce problème de la conduite à tenir n'est posé avec cette rigueur que depuis les récentes audaces, légitimes, d'ailleurs, par quelques succès de la chirurgie crânienne. Et, pour résoudre ce problème, il faut, de toute nécessité, faire le diagnostic du siège de la tumeur. Pour cela, on ne saurait trouver de meilleur guide que les chapitres consacrés par M. le professeur Raymond à l'étude critique de toutes les localisations corticales, motrices, sensitives ou psychiques. A côté de ces études théoriques, on trouvera, d'ailleurs, des exemples cliniques, parmi lesquels nous devons citer 4 cas de tumeurs de la zone rolandique et plusieurs faits de tumeurs cérébelleuses, de néoplasmes bulbo-prothuberantiels, de tumeurs du centre ovale. Le lecteur aura donc, pour se former un jugement, et les données de la science pure, et les résultats pratiques de cette science appliquée.

A côté de cette étude d'ensemble des tumeurs cérébrales, et réparties suivant les hasards de la clinique hospitalière, on trouvera, dans le nouveau livre de M. le professeur Raymond : une description de la forme intégrale et des formes frustes de la maladie de Friedreich; une discussion sur le tabes juvénile et le tabes héréditaire; une étude de l'atrophie héréditaire de la papille, basée sur 5 cas; une étude d'un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs; une étude de 2 cas de sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire; une discussion sur un cas d'hémisection traumatique de la moelle; des descriptions de la maladie de Thomsen, de la sclérodémie, de l'hystérie mâle.

Toutes ces leçons sont faites suivant le programme, essentiellement instructif, du professeur de la Salpêtrière : partir d'un fait clinique pour envisager les problèmes de la pathologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en montrant combien l'individualisme pathologique des malades s'harmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, produit d'une synthèse arbitraire ou prématurée.

E. DE MASSARY.

E. Chevalier. — *Chirurgie des voies urinaires*, Paris, 1899 (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

Ce livre n'est pas un traité, mais il est plus qu'un aide-mémoire, et, à ce titre, il est appelé à rendre des services non seulement à ceux qui savent déjà, mais encore aux lecteurs peu familiarisés avec les questions de chirurgie urinaire.

Il est divisé en quatre parties comprenant plus de 320 pages, illustrées de 83 figures intercalées dans le texte. La première partie est consacrée à la chirurgie de l'urètre et de la prostate. A signaler le chapitre relatif aux opérations pratiquées contre l'hypertrophie prostatique : prostatomie, prostatectomie, vasectomie, angio-neurectomie, etc.

Dans la deuxième partie, on trouvera tout ce qui concerne la chirurgie de la vessie : lithotritie, tailles, cystostomie, curetages, etc.; cure des extrophies, des fistules, ruptures, etc. Nous recommandons le chapitre ayant trait à la cystoscopie et au cathétérisme des uretères, questions à l'ordre du jour, et malheureusement encore bien peu connues du grand public médical.

Mêmes observations à propos de la chirurgie de l'urètre, qui occupe la troisième partie de ce livre; l'article se rapportant aux greffes urétérales a été rédigé avec beaucoup de soin; le lecteur y puisera des renseignements aussi utiles qu'intéressants.

La quatrième et dernière partie comprend l'étude des opérations appliquées au traitement des affections chirurgicales du rein.

Après un exposé aussi complet que possible de la manière d'examiner le rein (explorations directe et indirecte), M. Chevalier aborde les grosses questions de la chirurgie rénale proprement dite : néphrorrhaphie, néphrotomies, néphrectomies, etc.; il termine par quelques conseils sur la manière de traiter les lésions traumatiques du rein, les fistules, les phlegmons périnéphrétiques, etc.

En somme, l'auteur a réuni, dans ce petit volume, tout ce qui constitue un bon manuel, qui sera consulté avec fruit et par le spécialiste et par l'étudiant.

J. BAROZZI.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du muguet par les lavages de l'estomac à l'eau de Vichy.

On connaît le nombre incalculable de collutoires préconisés dans le traitement du muguet chez les nourrissons. Depuis quelque temps, M. le professeur Hutinel emploie, dans son service des Enfants-Assistés, un procédé fort simple qui lui permet d'obtenir, dans la grande majorité des cas, la guérison du muguet dans l'espace de deux jours.

Ce procédé consiste à faire, deux fois par jour, le matin et le soir, un lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy. Sous l'influence de ce traitement et sans qu'on touche à la bouche de l'enfant, le muguet disparaît après trois ou quatre lavages. En

même temps, les phénomènes de diarrhée et de dyspepsie s'améliorent, et l'érythème fessier qui les accompagne s'efface et disparaît.

Traitement de la petite urémie.

Dans la petite urémie, c'est-à-dire quand survient chez un brightique l'ensemble de symptômes (troubles de la vue, céphalée persistante, petits phénomènes convulsifs, diminution de la diurèse, etc.) qui font craindre l'écllosion de la grande urémie, la médication doit être dirigée en vue d'obtenir une diurèse rapide et abondante.

Parmi les diurétiques courants, M. Lemoine (de Lille) conseille d'éviter ceux dont l'action s'exerce sur la cellule rénale, tels que la cantharide, la scille, les vins de Trousseau et de la Charité; au contraire, de prescrire surtout le régime lacté à raison de un ou deux litres de lait par jour.

Quant à la médication, elle sera cardiaque et cutanée, c'est-à-dire qu'elle se proposera d'activer la diurèse en excitant les fonctions du cœur et qu'elle facilitera la transpiration.

Selon que le cœur est sclérosé ou atteint de dégénérescence parenchymateuse, on ordonnera la digitaline ou la strophantine, à la dose de un quart de milligramme par jour, et cela d'une façon continue. Ou bien encore, suivant la prescription de Huchard, on donnera 1 ou 2 milligrammes à la fois, seulement tous les huit ou quinze jours, encore faut-il auparavant être fixé sur le point de savoir si le cœur est en état de supporter un coup de fouet vigoureux.

Si le cœur bat mollement, avec intermittences, irrégularités, on prescrira la digitaline, un quart de milligramme à trois quarts de milligramme par vingt-quatre heures, durant plusieurs mois. Si le cœur est atteint de dégénérescence parenchymateuse, on donnera de la même façon et aux mêmes doses de la strophantine.

Cette méthode n'est pas courante et M. Lemoine, qui est seul à l'employer, n'a eu qu'à s'en louer.

Pour obtenir un fonctionnement régulier et satisfaisant de la peau, on ordonne des frictions douces et de préférence des lotions tièdes suivies d'un léger massage. On ordonnera aussi quelques bains, deux ou trois par semaine, qui seront de courte durée et ne dépasseront pas dix à quinze minutes. Dans un but plutôt psychique et pour faire accepter plus facilement la balnéation, on aura soin de mettre dans la baignoire une certaine quantité d'amidon, de borax ou de bicarbonate de lithine.

Afin de faciliter les fonctions de la peau, on peut encore user, mais très prudemment, de la pilocarpine, en prescrivant :

Pilocarpine 0,01 centig.
Potion gommeuse 100 grammes.
Trois à six cuillerées à soupe par jour.

La dose, bien que faible, est suffisante thérapeutiquement et ne détermine pas les phénomènes pénibles dus à ce médicament pris à doses trop élevées.

Les injections salines sous-cutanées massives dans les brûlures étendues.

Dans un cas de brûlures très étendues et accompagnées de symptômes généraux graves (délire et coma alternatifs, urines rares et rouges, congestion pulmonaire, faisant craindre l'issue fatale, M. Duret (de Lille), comme M. Tommasoli (voir *La Presse Médicale*, 1898, n° 406, p. 374), a eu l'idée d'avoir recours aux injections sous-cutanées massives de sérum artificiel, à la dose de 1.000 à 1.200 centimètres cubes le matin et autant le soir. Sous l'influence de cette médication continuée pendant trois jours, les symptômes alarmants se dissipèrent peu à peu et le malade finit par guérir.

Il semble donc certain que les injections massives de sérum artificiel, en diluant la masse sanguine et en combattant ainsi les phénomènes graves dus à l'engorgement du système circulatoire par l'épaississement du sang, constituent un traitement de choix dans les brûlures étendues accompagnées de phénomènes généraux graves.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

PARIS. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

CLIN & C^{IE}

SOLUTION
de **SALICYLATE de SOUDE** du **D^r CLIN**
D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue, d'un goût agréable.
Contient 2 grammes de Salicylate de Soude par cuillerée à soupe.
50 centigr. de Salicylate de Soude par cuillerée à café. 260
Le Meilleur Mode d'administration du Salicylate de Soude.

DRAGÉES de Fer Rabuteau
Lauréat de l'Institut, Prix de Thérapeutique.
à base de Protochlorure de Fer chimiquement pur
Facilement solubles dans l'estomac, absorbées à l'état de
Chloro-Albuminate de fer.
Considérées dans les travaux les plus récents comme le
Véritable spécifique de la Chloro-Anémie.
INDICATIONS: Chloro-Anémie, Convalescence, Epuisement.
Ne déterminent ni constipation, ni diarrhée. 262

Solution d'Antipyrine du D^r CLIN
D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue,
Évite aux malades les effets accessoires de l'Antipyrine.
Un gramme d'Antipyrine pure par cuillerée à soupe.
Vingt-cinq centigrammes d'Antipyrine pure par cuillerée à café.
Se vend par flacons et par demi-flacons. 263

Sirop et Pâte d'AUBERGIER
au Lactucarium
Sédatif, calmant, hypnotique léger, agissant sur l'éréthisme nerveux, tout en
ne produisant pas les effets accessoires et pénibles de l'opium.
Indispensable dans la médication des Femmes, des Enfants et des sujets
impressionnables.
Bronchites légères, Accidents post-grippaux, Rhumes, Insomnies,
DOSES { de 1 à 5 cuillerées à soupe pour les Adultes. 264
de 1 à 5 cuillerées à café pour les Enfants.

CAPSULES et DRAGÉES
au **Bromure de Camphre** du **D^r CLIN**
Les Capsules du D^r CLIN renferment 20 mgr. } de Bromure de Camphre pur.
Les Dragées du D^r CLIN — 10 mgr. }
INDICATIONS: Epilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnie, Palpitations de cœur,
Erections douloureuses, Spermatorrhée, Éréthisme du Système nerveux.
DOSE: De deux à cinq Capsules; de quatre à dix Dragées. 264

ÉLIXIR DÉRET bi-iodé
Solution vineuse à base d'iode double de Tanin et de Mercure.
Chaque cuillerée correspond à un centigramme de biiodure de mercure.
SYPHILIS - MALADIES CUTANÉES
Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni Diarrhée,
Évite par la façon dont il est présenté les soupçons de l'entourage.
DOSE: De une à deux cuillerées à soupe par jour. 265

CLIN & C^{ie} - F. COMAR & FILS (Maisons réunies) 240
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

GRANULÉE
1 cuillerée à café équivaut à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
DRAGÉES
1 dragée équivaut à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.
ÉLIXIR
On croirait boire du Vin d'Espagne; 1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
SIROP
1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.



Délicieuse au goût
La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée: Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPÔT: 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES
LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques

Xéroforme

est le seul produit capable de remplacer avantageusement l'iodoforme. Il coûte d'abord moins cher que l'iodoforme, et dans son emploi il ne faut qu'un quart du poids de l'iodoforme; il est dépourvu d'odeur, nullement toxique et puissamment bactéricide. Avec lui, pas d'éruptions médicamenteuses à redouter, pas d'eczémas!
Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, 15 Place des Vosges, Paris.

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES
DILATATION DES BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES
COGNET

Eucalyptol absolu
Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable
PARIS - 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Affections de la Poitrine et des Voies respiratoires
CAPSULES LANOS
à l'ICHTHYOL, TERPINOL et BROMOFORME
DOSE: 4 à 6 capsules par jour.

SE TROUVE dans toutes les PHARMACIES | VENTE EN GROS: |
Dépôt général: Pharm. LANOS, AVRANCHES | MONNOT-BARTHOLIN, 13, rue Grenier-St-Lazare.

Chloro-Anémie
CONVALESCENCES
ATONIE

DRAGÉES
DE FER
COGNET

Protoxalate de Fer
et Quassine Cristallisée.

Le plus Actif des Ferrugineux
PARIS - 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé.
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapie.
 Médecin de l'hôpital Laennec.
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé.
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé.
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé.
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYER
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 Secrétaire GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire

J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

FISTULES BRONCHO-CUTANÉES SPONTANÉES,
 par M. R. MESLAY 21

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la luxation congénitale de la hanche,
 d'après F. Lange, par M^{me} NAGÉOTTE-WILBOUCHEVITCH 22

ANALYSES

Bactériologie : Sur la bouche iso-té, par MM. KANTHACK et DURHAM 23

Médecine : Cancer de l'estomac développé sur un ulcère rond, par M. A. PULAWSKI. — Un cas d'inflammation primitive suppurée bilatérale des capsules surrénales, par M. W. JANOWSKI. — Un cas de tétanos, chez le nouveau-né, traité par le sérum antitétanique, par M. W. MECIKOWSKI 24

Neurologie et psychiatrie : Sarcome angiolithique de la dure-mère, par M. A. RISPAL 24

Jurisprudence médicale, par M. JEAN PISTRE 16

L'imperméabilisation des planchers, par M. A. COYON 16

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Epithélioma papillaire du bassin, M. ALBARRAN. — Pneumatoïde du crâne consécutive à une otite moyenne, MM. MALABERT et GOILLON. — Traitement de l'appendicite, M. BROCA. MM. RICARD, M. POTIER. — Sur la déchirure des nerfs, M. POIRIER, M. TUFFIER. — Coxite vana, M. BRUN. — Pylectomie pour cancer, M. HARTMANN. — Kyste hydatique du foie, M. DELBET. — Hypospade, M. TUFFIER. — Néphrectomie pour hématurie consécutive à un traumatisme, M. REYNIER 17

Société médicale des hôpitaux : Gangrène symétrique des extrémités, MM. L. RÉNON, M. FAURE et M. LABBÉ. — Angine à spirilles et bacilles fusiformes de Vincent, M. SACQUÉPÉ. — Nouvelles recherches sur l'angine diphtérique à bacilles fusiformes, M. H. VINCENT. — Arérite syphilitique et thrombose des deux artères vertébrales; gomme méningo-médullaire, M. G. LIOX. — Diagnostic précoce du cancer du poumon par

l'étude histologique des crachats, M. PAUL CLAISSE, MM. TROISIÈRE, MÉNÉTRIER, RENIER. — Ictère prolongé par compression du cholédoque, M. FLORAND. — Transmission du pouvoir agglutinant typhoïdique à travers le placenta, MM. MOSSÉ et FRENKEL, M. AGIARD. 18

Société anatomique : Corps étranger fragile du rectum, M. FERRAND. — Anneau mitral pétrifié, M. GUÉNOT. 19

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Accidents cutanés causés par les rayons de Röntgen, MM. BALZER et MONSIEUX, MM. BARTHÉLEMY, DU CASTEL, BARTHÉLEMY, BARDOUN, BROCC, BARTHÉLEMY, DARIER. — Eruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes chez un malade atteint d'adénites tuberculeuses du cou, M. DU CASTEL, M. LERENDU. — Psoriasis développé sur une tache de vitiligo, M. DE CASTEL, MM. BARTHÉLEMY, BERNIER. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre supérieure, M. DANLOS, MM. FOURNIER, BERNIER, DANLOS, BARTHÉLEMY. — Orthopédie associée au calomel dans les injections de ce sel, M. DANLOS, MM. JULLIEN, MOREL-LAVALLÉE, BERNIER, DANLOS. 19

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE — Société de médecine berlinoise : Op. ou césarienne par la voie vaginale, M. DUBISSON 20

ILES BRITANNIQUES. — Société pathologique de Londres : Carcinome primitif du foie, M. GREEN. — Invagination intestinale, M. D'ARCY POWER. — Malformations congénitales des membres, M. BARWELL 20

Association médicale de Birmingham : Abscès extra-duraux, M. GAMGIE. — Abscès sous-phrénique, M. SHORT 20

ITALIE. — Académie royale de médecine de Turin : Pouvoir anticoagulant de l'ixode ricinus, M. MOSSO. — Un cas d'anémie pernicieuse avec constatations anatomo-pathologiques peu banales, M. FOA. — Tuberculose du canal thoracique, M. FOA. 20

PRATIQUE MÉDICALE

Un traitement simple du chancre mou 20

Répertoire thérapeutique. 20

RENSEIGNEMENTS

Petit noyau de clientèle à Paris, à céder presque gratuitement. Mobilier à vendre. Bien des avantages. S'adresser au médecin, 10, rue des Acacias, de midi à 1 h. 1/2.

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
Succédané des Eaux Sulfureuses.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

HAMAMELIDINE LOGEAI — Métrorrhagies, Troubles de la ménopause, Hémorroïdes, Varices, Tonique vasculaire.

REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES pures et appliquées, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. Directeur: LOUIS OLIVIER. — Prix de l'abonnement annuel: Paris, 30 fr.; Départements, 32 fr.; Union postale, 35 fr. (GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

TRAITE DES MALADIES DE LA PRÔSTATE ET DES VESICULES SEMINALES, par le D^r H. FIGARD. 1 vol. in-18, de 280 pages, avec figures. Relié. Prix: 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

Jeune docteur en médecine demande à faire des remplacements. S'adresser au journal (342).

Poste médical, libre par suite de départ du titulaire, dans chef-lieu de canton de l'Indre, à 20 kilomètres de Châteauroux. En six mois le titulaire a fait 4.000 francs. S'adresser au journal (343).

La commune de Doulaincourt (Haute-Marne) demande un docteur en médecine. Traitements fixes de la commune et de plusieurs usines. S'adresser au maire.

La commune de Voullaines (Côte-d'Or) demande un médecin. Allocation annuelle, 800 francs. S'adresser à M. Petit, maire.

Emploi d'interne à prendre à l'hospice départemental de l'Aisne. Logé, nourri, chauffé, blanchi. Allocation, 560 à 660 francs par an. S'adresser au directeur, à Montreuil-sous-Laon (Aisne). Qualité exigée: être Français.

Jeune docteur allemand désire faire la connaissance d'un docteur français pour échanger conversation française et allemande. S'adresser, 1, rue Racine, de 2 à 3 heures.

FACULTÉS DE PROVINCE

Lyon.

THÈSES 1898-1899

Cordonnier (Paul) : De la situation de l'oreille gauche relevée par la percussion dorsale; application au diagnostic du rétrécissement mitral.

Barandon (Justin) : Un nouvel appareil insufflateur pour la respiration artificielle dans les cas d'asphyxie.

Josse (Honoré) : Du traitement des fractures récentes transversales de la rotule.

Moulin (Amable) : Des manifestations rhumatoïdes du surmenage.

Cèze (Auguste) : Les rayons Röntgen appliqués à l'étude des affections médo-chirurgicales et en particulier à celle des tumeurs.

Debève (Jean) : Des crises gastriques du tabes avec hématomés.

Jullien (Léon) : Recherches expérimentales sur l'agglutination du bacille de Nicolaïer par le sang des animaux normaux et tétaniques et par le sérum antitétanique.

Gonnaud (Joseph) : Etude sur la valeur pronostique de la fièvre dans la variole.

Imbert (Gabriel) : Contribution à l'étude de la responsabilité dans l'absence du sens moral.

Bernoud (Claude) : De la syphilis tertiaire des fosses nasales, étude clinique.

Bounhiol (Jean) : Etude clinique sur la nouvelle tuberculine TR de Koch.

Chaudoye (Henri) : Traitement des fractures compliquées de la jambe (fractures diaphysaires du tibia et du péroné); résultats fonctionnels éloignés.

Spire (Charles) : L'exostose sous-unguéale des doigts, étude clinique et pathogénique.

Blondeau (Albert) : Des accidents causés par l'étranglement des hernies diaphragmatiques (étude anatomique et clinique).

Le Dantec (Aristide) : Du retard du pouls sur le choc de la pointe du cœur dans les sténoses mitrales.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
 (Angine de poitrine)

ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

L'HYGIÈNE SCOLAIRE, par les docteurs LANT et H. POLIN, médecins-majors, lauréats de l'Académie de médecine, membres de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. **Tome I^{er} :** Le milieu scolaire. Prix: cartonné 5 francs. **Tome II :** Les maladies scolaires. Prix: cartonné 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

L'INFARCTUS DU MYOCARDE ET SES CONSÉQUENCES. Ruptures, Plaques fibreuses, Anévrysmes du cœur, par MARIE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8^o raisin, de 212 pages, avec figures et planches en chromolithographie. Prix: 8 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

Delacroix (Albert-Emile) : Actinomycose ano-rectale.
Blot (Pierre) : Sur la non-existence de l'artérite rhumatismale.
Vennin (Henri) : Les cépes dans leurs rapports avec l'alimentation.
Laporte (Georges) : De la péritonite par propagation d'origine intestinale.
Vorbe (Paul) : Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse.
Fabre (Emile) : De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère.
Gallois (Emile) : Fracture de l'extrémité inférieure du radius (étude radiographique, physiologique et expérimentale).
Cohen-Solal (Abraham) : Insuffisance aortique et rétrécissement mitral combinés (étude clinique).
Lapin (Joseph) : Le purpura infectieux; son étiologie, sa pathogénie, ses variétés cliniques.
Wurtz (Frédéric) : Contribution à l'étude des fractures des métatarsiens.
Humbert (Maurice) : De l'hépithélioma sublingual.
Perret (Alexandre) : Revue critique du traitement de la scoliose essentielle des adolescents.
Le Guélinet de Lignerolles (Albert) : Des injections de sérum de la veine rénale dans le traitement de l'urémie.
Cochois (Victor) : Des localisations de l'infection ourlienne sur le tissu lymphoïde.
Sousselier (Paul) : Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques.
Malaspina (Pierre) : De la valeur des opérations conservatrices dans les traumatismes graves du genou.
Thouzelier (Louis) : Du rythme couplé du cœur dans les maladies aiguës.
Caillon (Louis) : Des conséquences éloignées des cauterisations utérines au point de vue dystocique.
Lannou (Pierre) : Traitement des déviations utérines par les méthodes sanglantes. Des opérations plastiques en particulier.
Comte (Francis) : Des injections sous-cutanées de sérum artificiel après les grands traumatismes accidentels et chirurgicaux.
Wyart (Louis) : De l'arrachement chez la femme de la totalité du cuir chevelu.
Rigourd (Emmanuel) : Contribution à l'étude du traitement chirurgical du mal perforant plantaire.
Bouchart (A.) : Des mécanismes comparés de la myopie traumatique et de l'accommodation.
Ouin (Arthur) : Du drainage des collections péritonéales par la voie rectale.
André (Henri) : Contribution à l'étude des trochantérites.
Ga dit Gentil (Charles) : Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de calomel au point de vue de leur action sur les leucocytes.
Régnault (Etienne) : Nouvelles recherches sur le volume du cœur et les modifications de la circulation périphérique dans la tuberculose; étude clinique.
Diénot (Fernand) : De la glycosurie dans la maladie de Basedow.
Ducray (J.) : L'orthoforme; ses indications en laryngologie.
Rouvillos (Henri) : Du syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets.
Fournier (Paul-Emile) : Les arthropathies alvéolo-dentaires au cours de l'ataxie locomotrice.
Gardette (Victor) : Application de la radiographie à l'étude de la coxalgie.
Despigny (François) : Du menthol dans le traitement des vomissements de la tuberculose pulmonaire.
Audemard (Emile) : Du cérébro-typhus sans dothiénentérie; les typho-psychoses.
Hoehwicker (Henri) : Recherches sur le passage des substances solubles du fœtus à la mère.
Rouchaud (René) : Du pseudo-xanthoma élastique.
Humbel (Louis) : Contribution à l'étude de l'ictère persistant; indications générales de l'intervention chirurgicale.
Joigt (Charles) : Du traitement de l'épilepsie essentielle par résection du sympathique cervical.
Vergne (Edouard) : De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz; mode d'action, conduite à tenir, et en particulier, des dangers d'une ablation précoce.
Janot (Charles) : De l'oviducte chez la femme; ses modifications pendant la grossesse utérine.
Mordant (A.) : Des ostéites du grand trochanter et de leurs rapports avec la coxalgie (coxalgie trochantérienne).
Alix (Victor) : Sur la question de l'augmentation de fréquence du diabète; étude statistique.
Courvoisier (Albert) : Des lésions non traumatiques de l'encéphale comme cause de diabète.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours de l'Internat.

11 Janvier. — ANATOMIE DES LIGAMENTS LARGES. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — MM. Legroux, 13. — Bellin, 15. — Garrigues, 11. — Loin, 12. — Chevrey, 11. — Houselot, 11. — Mutzner, 17. — Mounier, 10. — Dionis du Séjour, 12.
12 Janvier. — ANTERES DE L'AVANT-BRAS. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DE LA VARICELLE. — MM. Lévi, 10. — Calvé, 8. — Belgrand, 14. — Leuret, 17. — Bosvieux, 13. — Katz, 11. — Gottschalk, 4.
13 Janvier. — ANTERES ET VEINES DU RECTUM. SIGNES ET DIAGNOSTIC DES HÉMORRHOÏDES INTERNES. — MM. Caubet, 13. — Crouzon, 13. — Pélebidou, 10. — Mirande, 8. — Cahen, 13. — Alquier, 17. — De Goresse, 10. — Simon, 14. — Prat, 16.
Prochaine et dernière séance, lundi, 16 Janvier, à 8 h. 1/2 du soir.
Concours pour l'Internat en pharmacie. — Le jeudi 16 Mars 1899, à dix heures du matin, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la

Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1^{er} juillet 1899.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mercredi 1^{er} Février jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société de chirurgie. — ELECTION DU BUREAU. — Sont nommés : *Président*, M. Pozzi; *Vice-Président*, M. Richelot.

ELECTION DE CORRESPONDANTS NATIONAUX. — Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Témoin (de Bourges), Sieur (médecin militaire).

Société anatomique. — Dans sa séance du 13 Janvier, la Société a renouvelé son bureau pour l'année 1899. Ont été élus : *président* : M. Cornil; *vice-présidents* : MM. Parmentier et Soulioux; *secrétaires* : M. V. Griffon; *trésorier* : M. Milian. Deux membres du bureau, non soumis à la réélection, restent en exercice : M. Vermorel, secrétaire, et M. Durante, archiviste.

Ont été nommés membres du Comité : membres titulaires : MM. Macaigne, Auscher et Bougie; membres adjoints : MM. Aperi, Péron et Mouchet.

D'autre part, au cours de la séance, MM. Meslay, Jolly et Mouchet ont été nommés membres titulaires de la Société, et MM. Marcille et Le Fur, membres adjoints.

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 Janvier 1899. Ordre du jour : Installation du Bureau. Allocation du Président. Compte rendu, par le Secrétaire général, des travaux de la Société pendant l'année 1898. M. Leudet : Hystérie et hémoptysie. M. Antonelli : Stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise. M. Albert Weil : Note sur l'emploi en gynécologie des courants statiques induits. Vote sur l'élection de M. Hadgès, candidat au titre de membre correspondant étranger. Le soir, à 7 heures, banquet annuel au restaurant Marguery.

Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. — La réunion plénière, qui comprend tous les membres des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, aura lieu le lundi 16 Janvier à 8 h. 1/2 du soir, dans la salle du Conseil de la mairie du VI^e arrondissement, place Saint-Sulpice.

Association des anatomistes.

Communications.

M. Poirault : Le noyau des chitridées.
M. Poirier : Anatomie de la fosse ptérygomaxillaire. Arrière-fond. Ganglion de Meckel.
M. Retterer : Sur le derme, sa structure, son évolution.
M. Devy : Sur le pli fessier.
M. Toison : 1^o Présentation de microphotographies; 2^o présentation de parasites des tritons.
M. Martin : Recherches sur le développement de l'appareil veineux de *Vipera aspis*.
M. Regaut : Sur la morphologie de la cellule de Sertoli et sur son rôle, dans la spermatogenèse des mammifères.
M. Barrier : Présentation de moulages. Anatomie comparée des animaux domestiques.
M. Van der Stricht : 1^o Sur l'existence d'une sorte de noyau vitellin dans l'œuf ovarique d'*Echinus microtuberculatus*; 2^o démonstration des ovules ovariques de la femelle.
M. Weber : Présentation de reconstructions concernant le développement de l'hypophyse des Cheiroptères.
M. Mitrophanow : Notes embryologiques et tératogéniques.
M. Trolard : Vœux relatifs aux réformes à apporter à l'enseignement pratique de l'anatomie.
M. Lesbre : Unification des nomenclatures anatomiques humaine et vétérinaire.
M. Regnault : 1^o Variations des empreintes intra-cranniennes; 2^o causes de la perforation de l'olécrane.
M. Van Geluchten : 1^o Connexions bulbares du pneumogastrique; 2^o faisceau longitudinal postérieur.
M. Belloy : L'origine des corps jaunes ovariques chez le rat et le cobaye.
M. Anel : Sur les replis péritonéaux des artères ombilicales.
M. Hennequy : Présentation de préparations relatives aux rapports entre les centrosomes et les cils vibratiles.
MM. Laqueuse et d'Hardviller : Bronches respiratoires et canaux alvéolaires.
M. Lagness : Les îlots endocrines dans le pancréas de la vipère.
M. Nicolas : 1^o La gouttière et la crête hypochondrale des embryons d'oiseau; 2^o présentation de reconstructions relatives au développement de l'arbre trachéo-bronchique du mouton.
MM. Quénu et Branca : Sur les processus de cicatrisation épithéliale dans les plaies de l'intestin.
M. Marey : Présentation de planches murales et de pièces d'ostéologie.
MM. Jacques et Guilloz : Présentation de radiographies stéréoscopiques.
M. de Bruyne : Sur la signification physiologique de l'amitose.
M. Bouin : Sur le développement de la cellule-mère du sac embryonnaire des Liliacées.
MM. Swaen et Brachet : Sur les premières phases de la différenciation du mésoblaste chez les Téléostéens.

Assistance publique. — Sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris :

MM. Adolphe Chérioux, André Lefèvre, Henri Rous-selle, Ranson, Faillet, représentant le Conseil municipal de Paris; M. Bran, représentant les chirurgiens des hôpitaux et hospices.

Laboratoires de bactériologie et de médecine expérimentale. — A la suite des faits qui se sont passés récemment à Vienne (Autriche), une commission, composée des représentants des ministères de l'instruction publique et de l'intérieur — MM. Liard, Brouardel, Monod, Napias, Proust et M. Roux, notamment, faisaient partie de cette commission — a été chargée d'étudier les mesures propres à préserver les étudiants et le public des dangers qui pourraient résulter des recherches poursuivies dans les laboratoires de bactériologie.

La commission a proposé au ministre de l'instruction publique un ensemble de mesures auxquelles M. Leygues a donné son entière approbation et qu'il fait connaître aux recteurs, par voie de circulaire.

Les chefs de laboratoire ne devront laisser entreprendre les travaux dangereux que par ceux de leurs auxiliaires qu'une instruction technique rend aptes à ces travaux. Ils n'autoriseront la sortie des cultures qu'après s'être assurés de leur destination.

Suivent une série de mesures, visant l'aménagement et l'entretien du laboratoire, la tenue des élèves, la stérilisation des cultures qui cessent d'être utilisées, etc. C'est par crémation, par incinération dans un four spécial, que seront détruits les cadavres des animaux qui ont servi aux expériences. Les animaux seront toujours transportés au four crématoire dans une caisse close.

En terminant l'énumération de ces précautions, la commission rappelle aux chefs de laboratoire que seule leur surveillance assidue peut en assurer l'efficacité.

Exposition rétrospective des instruments et appareils de chirurgie. — On sait qu'à chaque classe de l'Exposition universelle de 1900 sera annexée une exposition rétrospective, destinée à rassembler tous les objets de fabrication ancienne, faisant partie de la classe considérée.

Pour la classe 16, qui a trait aux instruments et appareils de chirurgie, le Comité fait un très pressant appel à tous les collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, à tous les fabricants d'appareils, à tous les conservateurs de musées d'écoles et de facultés de médecine, à tous ceux qui ont la garde des arsenaux d'instruments dans les hôpitaux français, à tous ceux, enfin, qui possèdent des objets rentrant dans cette catégorie. Il les prie de vouloir bien s'associer aux efforts tentés par les membres du Comité, de façon à pouvoir réunir une collection véritablement unique, qui ait un réel intérêt scientifique et historique.

Les instruments qui sont admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie générale, les appareils prothétiques généraux, le matériel d'opération, les appareils herniaires, les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaire, les instruments d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, de gynécologie et d'obstétrique, etc. Y seront joints les appareils servant aux études anatomiques et histologiques, ainsi que les applications médicales des instruments de précision. On pourra envoyer également les originaux de dessins d'instruments anciens.

L'exposition sera personnelle et les instruments ne seront pas mélangés. Chaque collection particulière aura donc une place à part. Les pièces uniques seront rangées en séries similaires, avec le nom de l'exposant.

L'administration de l'Exposition pourra, dans certains cas, prendre à sa charge tout ou partie des frais d'emballage, de transport, de déballage et de réexpédition. Aucun produit exposé ne pourra être dessiné, copié ou reproduit sous une forme quelconque sans une autorisation de l'exposant, visée par la Direction générale de l'exploitation. Il sera dressé, en langue française, un catalogue méthodique et complet des œuvres avec indication du nom des exposants et des places occupées dans les palais.

Des diplômes commémoratifs, signés par le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, et par le Commissaire général, pourront être décernés aux personnes qui auront prêté leur concours pour les expositions rétrospectives.

La participation à ces expositions donnera lieu à la délivrance d'une carte d'entrée gratuite, si l'administration considère cette faveur comme justifiée par l'importance des objets exposés.

Faculté de médecine de Beyrouth. — Après de longs et patients efforts, notre diplomatie a su enfin obtenir du gouvernement ottoman la reconnaissance de la validité des diplômes décernés par la Faculté de médecine de Beyrouth.

Jusqu'ici une entrave sérieuse avait été apportée au développement de la Faculté de Beyrouth. La Porte jalouse de la prospérité de sa Faculté de médecine de Constantinople, refusait de reconnaître officiellement les diplômés d'une Faculté concurrente, ce qui obligeait ses détenteurs à exercer dans un rayon assez restreint, tout autour de Beyrouth. A partir de ce jour, les docteurs de cette dernière Faculté pourront, au même titre que ceux de la Faculté de Constantinople, pratiquer la médecine dans toutes les parties de l'empire.

Le gouvernement turc a naturellement posé certaines conditions au privilège conféré à notre établissement. Pour exercer son droit de contrôle légitime sur les diplômés et grades décernés par la Faculté de Beyrouth, il a décidé que les jurys d'examen se composeraient des trois éléments suivants : des professeurs délégués par la France; des professeurs faisant partie du corps enseignant de la Faculté et enfin des examinateurs, un nombre maximum de trois, délégués par le gouvernement ottoman et faisant partie du corps enseignant de la Faculté de Constantinople.

Service de santé militaire. — M. Claudot, médecin principal de 1^{re} classe, directeur du service de santé du 4^e corps, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14^e corps.

M. Gentil, médecin principal de 1^{re} classe à l'état-

major du gouvernement militaire de Paris, est nommé directeur du service de santé du 1^{er} corps.

M. Blaise, médecin principal de 1^{re} classe, chef de l'hôpital militaire de Nancy, est nommé directeur du service de santé du 4^e corps.

M. Benech, médecin principal de 1^{re} classe, médecin-chef de l'École supérieure de guerre, est chargé du service médical de l'état-major du gouvernement militaire de Paris.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté pendant la 1^{re} semaine 946 décès, chiffre inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de janvier (1088).

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (4), à celui des semaines antérieures et à la moyenne ordinaire des semaines de Janvier (5). Mais le nombre des cas de maladies signalés à la Préfecture de police n'a subi aucune variation notable et reste faible.

La rougeole reste rare : elle n'a causé que 3 décès au lieu de la moyenne 14.

La scarlatine a causé 5 décès, la coqueluche 9 et la diphtérie 13. Ces chiffres sont voisins de la moyenne. Il n'y a pas eu de décès par variolo.

La diarrhée infantile, toujours rare en hiver, a causé 29 décès de 0 à 1 an, chiffre voisin de la moyenne 30.

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 138 décès, au lieu de 128 pendant la semaine précédente et au lieu de 188, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 30); bronchite chronique, 29 décès (au lieu de la moyenne 38); pneumonie, 43 décès (au lieu de la moyenne 60); pleurésie, 53 décès (au lieu de la moyenne 60).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 47 décès, dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phthisie pulmonaire a causé 164 décès (au lieu de la moyenne 195); la méningite tuberculeuse, 25 décès; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 73 décès; les maladies organiques du cœur, 74 décès; le cancer a fait périr 54 personnes. Enfin, 38 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Camille Daresté de la Chavaune, qui a succombé lundi dernier dans sa soixante-dix-septième année.

Docteur en médecine et docteur ès sciences, il professa successivement l'histoire naturelle au collège Stanislas, au lycée de Versailles, aux Facultés des sciences de Lille, de Lyon, au Muséum d'histoire naturelle. En 1872, il se retira des fonctions publiques, et, tout en poursuivant ses travaux scientifiques, il exerça la médecine. Ce n'est que dans ces dernières années qu'il entra dans l'enseignement comme directeur d'un laboratoire de recherches à l'École des Hautes-Études.

M. Daresté s'est occupé particulièrement de l'étude des monstruosités animales. Il a été, à ce point de vue, un novateur, et ses « Recherches sur la production artificielle des monstruosités » ou « Essais de tératogénie expérimentale » resteront un ouvrage classique.

Étranger.

— MM. Lange et Meltzing ont récemment décrit, dans la *Munchener medicinische Wochenschrift*, un procédé de leur invention permettant de photographier l'intérieur de l'estomac.

Ces photographies peuvent être prises sur tout individu auquel on peut introduire un tube stomacal. À l'extrémité antérieure de ce tube, les deux opérateurs adaptent un petit appareil photographique mesurant 66 millimètres de longueur sur 11 millimètres de diamètre; à l'intérieur du tube court un fil qui entoure une lampe électrique. L'estomac, préalablement lavé et gonflé d'air pour obtenir une surface plane, on peut exécuter en 10 à 15 minutes une cinquantaine de clichés des diverses parties de la muqueuse stomacale; il suffit, en effet, de faire pivoter l'appareil photographique sur son axe pour photographier successivement toutes les parties de l'intérieur de l'estomac. Les photographies obtenues ainsi ont naturellement des dimensions très réduites, environ celles d'un noyau de cerise, mais les agrandissements font le reste.

— Le gouvernement belge a tenté de créer un sanatorium aux îles Canaries pour ceux de ses nationaux qui, résidant au Congo, y ont contracté des maladies tropicales.

— Le Congrès de balnéologie russe, qui vient de se réunir à Saint-Petersbourg, a décidé, dans la séance de clôture du 28 Décembre, que le prochain Congrès siégerait, en 1901, à Odessa, et a invité ses participants à faire des recherches sur la date exacte à laquelle furent découvertes, et il y a environ deux cents ans, les premières sources d'eaux minérales du Caucase.

Jurisprudence médicale

Lorsqu'un médecin, qui s'est vu refuser le paiement de ses honoraires, en poursuit le recouvrement en justice, il est amené, en formulant sa réclamation, à indiquer le nombre de visites qu'il a faites et le prix de chacune d'elles. Mais quelles justifications devra-t-il fournir à l'appui de sa demande? Ses livres de compte devront-ils faire foi du nombre de visites qu'ils indiquent? Les tribunaux pourront-ils réduire le prix de la visite réclamé par

le médecin? De quelles considérations devront-ils tenir compte dans leur appréciation? Ce sont là des questions qui sont posées quotidiennement devant les tribunaux, et sur lesquelles une jurisprudence très ferme et très constante s'est depuis longtemps établie.

En ce qui concerne d'abord le nombre des visites portées au compte du réclamant, on ne s'élève plus guère aujourd'hui de difficultés. Dans l'impossibilité où se trouve le médecin, d'après les usages, de rapporter une preuve, les juges accordent la plus grande créance aux livres de compte des médecins s'ils sont régulièrement tenus. Assurément ces livres ne peuvent faire pleine foi et on peut les discuter. Si, par exemple, le nombre des visites est manifestement exagéré, si le client, au moyen de témoignages ou documents quelconques, parvient à établir que les livres de comptes contiennent des inexactitudes ou des erreurs, il est certain que les magistrats auront le droit et ne manqueront pas de les rectifier. Mais on peut poser comme principe général que les livres de compte des médecins constituent en leur faveur une preuve suffisante du nombre des visites dont ils réclament le paiement.

En ce qui concerne le taux des honoraires, les tribunaux s'attribuent un pouvoir d'appréciation plus large. Souvent ils acceptent le « prix de la visite » indiqué par le médecin. Souvent aussi ils le réduisent, et, quelquefois, dans une mesure importante. Ils tiennent compte dans leur appréciation des considérations les plus diverses et, en principe, les plus légitimes. Une des plus sérieuses et des plus déterminantes est la situation professionnelle et scientifique du médecin. Le rang social, la situation de fortune des malades ont aussi une extrême importance. On tient compte encore, et fort légitimement, de la difficulté des soins, des fatigues qu'ils ont pu occasionner au médecin. Ce sont là, d'une façon générale, les éléments principaux qui permettent aux magistrats d'apprécier avec équité les réclamations qui leur sont soumises. Mais ils peuvent se déterminer par d'autres considérations tirées des circonstances particulières de la cause. Leur pouvoir d'appréciation en cette matière est illimité.

Il est intéressant de faire connaître, à ce propos, une décision récente du tribunal de la Seine, qui, en vertu de ce pouvoir même, a réduit une note d'honoraires, pour des raisons qui ne nous paraissent pas à l'abri de toute critique. M. P... poursuivait M^{lle} U... en paiement de 2.800 francs envers, reliquat d'une note d'honoraires qui s'était élevée originellement à 4.800. M^{lle} U... ne contestait point le nombre des visites, mais prétendait que le prix de 10 francs réclamé par M. P... était excessif, et qu'il y avait lieu de le réduire. Le tribunal fit droit à cette prétention de M^{lle} U. Il réduisit de 10 francs à 8 francs le prix de chacune des visites, par ce motif que le nombre des visites était considérable.

Il ne nous paraît pas que ce motif puisse justifier une réduction, si minime qu'elle soit.

Nous aurions compris une réduction motivée par l'exagération du nombre des visites eu égard à la gravité de la maladie, et encore eût-il fallu que la cliente prouvât que ces visites n'avaient point été sollicitées par elle. Mais le tribunal ne parle pas de cette exagération relative; ses motifs sont absolus; il ne tient compte que du nombre considérable des visites. Et, à moins de soutenir que, du fait que les visites ont été nombreuses au cours d'un traitement, il faut induire qu'elles ont été moins utiles au malade, ou que le médecin y a consacré moins de temps et donné moins de soins, il faut reconnaître que ce motif est insuffisant. L'insuffisance en apparence plus manifestement encore si l'on remarque qu'il est en fait impossible au juge de préciser le nombre de visites à partir duquel il y aura exagération, et, par suite, réduction. On se trouve donc en présence d'une appréciation purement arbitraire et que rien ne justifie. Vouloir contraindre un médecin à réduire sa note d'honoraires parce que le nombre des visites est considérable, c'est assimiler sa situation à celle d'un fournisseur dont les prix s'élèvent ou s'abaissent suivant l'importance des fournitures, et il n'est pas besoin de démontrer qu'en droit aussi bien qu'en fait, une pareille assimilation est impossible.

Il était, toutefois, utile de faire connaître cette décision pour le cas où certains tribunaux en adopteraient les motifs. Elle fait apparaître une fois de plus l'inconvénient qui résulte pour les médecins du retard qu'ils apportent trop souvent au règlement de leurs honoraires, et il convient d'en retenir qu'il est parfois dangereux pour eux d'attendre la fin du

traitement pour réclamer à leur client le prix de leurs soins. Lorsqu'ils ont sujet de redouter des difficultés de règlement, ils feraient bien de présenter leur note aux époques ordinaires pour en obtenir, sinon le paiement, du moins une acceptation qui rendrait pour l'avenir toute discussion impossible.

Il est bien entendu, en effet, que ce pouvoir d'appréciation que les tribunaux s'attribuent sur les demandes d'honoraires disparaît dès que le médecin justifie qu'il y a, soit une convention antérieure au traitement, et en fixant par avance le prix, soit une acceptation postérieure du prix proposé ou réclamé par le médecin. Les conventions font la loi des parties. Et le client ne pourrait se soustraire à l'exécution de l'engagement qu'il a souscrit qu'en établissant qu'il lui a été surpris par dol, c'est-à-dire à l'aide de manœuvres frauduleuses, d'affirmations mensongères. Cette convention pourrait, d'ailleurs, suivant nous, être prouvée par tous les moyens. La jurisprudence reconnaît qu'il est, en effet, d'après les usages, impossible au médecin d'établir par un écrit régulier le nombre des visites dont il réclame le paiement. Et elle s'en rapporte, sauf preuve contraire, aux livres de compte du réclamant. La même impossibilité de fournir un écrit régulier existe en ce qui concerne le taux des honoraires, et, par suite, la convention qui intervient entre médecin et client pour le fixer peut être prouvée par tous les moyens. Ainsi un client ayant volontairement payé une note d'honoraires ne pourrait pas, au cas où le même médecin lui réclamerait le paiement d'une seconde note, discuter le prix de la visite, s'il était le même que celui qu'il avait accepté de payer une première fois. Il faut présumer en effet que, la situation respective des parties restant la même, si le même malade s'est adressé au même médecin, il est entendu que celui-ci sera rémunéré de la même façon. De même encore, les tribunaux ne pourraient user de leur droit de réduction, dans le cas où un acompte aurait été payé sur une note d'honoraires dont tous les éléments — nombre de visite et prix de chacune d'elles — auraient été connus du client. Encore une fois, toutes les circonstances de la cause peuvent servir à établir une convention de cette nature, antérieure ou postérieure au traitement. Il importe peu qu'elle soit tacite. Il suffit qu'elle soit certaine pour que les tribunaux aient le devoir de la sanctionner.

JEAN PISTRE.
Avocat à la Cour de Paris.

L'IMPERMÉABILISATION

DES PLANCHERS

Le danger, si souvent signalé par les hygiénistes, de la contamination des malades par les germes provenant des parquets, vient d'être mis à nouveau en relief dans un travail récent du médecin principal Annequin.

Dans une salle d'hôpital, chaque balayage à sec soulève des nuages de poussière qui renferment des microorganismes pathogènes, dont une partie est respirée par les malades avec l'air, pendant que l'autre va se disperser sur les aliments, la vaisselle, les objets de pansement. Les lavages avec des solutions antiseptiques pourraient obvier en partie à ces inconvénients; malheureusement, ils sont insuffisants; les liquides ne pénètrent que difficilement au fond des fissures et des anfractuosités du plancher; de plus, ils n'atteignent pas les germes protégés par une coque de matières organiques. D'un autre côté, les lavages offrent certains inconvénients, secondaires il est vrai : plancher moins propre à l'œil que le parquet ciré, altération plus rapide du bois, humidité.

Ceux qui ont vécu de la vie d'hôpital savent combien la propreté y est difficile à obtenir. Cela tient au nombre réglementaire des malades souvent dépassé; à l'insuffisance numérique du personnel; aux causes de souillure si nombreuses : malpropreté des malades qui arrivent journellement, promenades continues dans les escaliers, dans les cabinets souvent mal tenus où ils vont fumer et cracher en cachette, rapportant ainsi avec leurs chaussures toutes les saletés. Tout cela constitue l'apport d'éléments morbides qui se disséminent dans les parquets et qui seront soulevés au premier balayage.

L'arrivée du chef de service, le matin, fait bien disparaître momentanément les traces de poussières

par un nettoyage rapide et superficiel fait quelques instants auparavant ; mais cela est moins que suffisant et il est regrettable que, en général, les administrateurs ne tiennent pas assez la main à la propreté intérieure de l'hôpital. Aussi, les causes de contagion y sont-elles multiples, les exemples en sont fréquents et nous voyons chaque jour dans le personnel hospitalier des cas de tuberculose contractés dans les salles.

Deux règles seraient donc à établir :

1° Supprimer le balayage à sec ;

2° Empêcher autant que possible l'accumulation de la poussière sur le sol et dans le sous-sol des planchers, en transformant ceux-ci en une surface régulière et unie.

Ceci ne pourra être obtenu que si le sol constitue une paroi étanche imperméable, afin que les liquides répandus n'aient pas d'action destructive. Un plancher muni d'un revêtement imperméable pourra supporter le nettoyage humide et répondra à ces desiderata, car il est bien entendu que nous renonçons à la mesure dispendieuse qui consisterait à mettre partout sur le sol un revêtement de carreaux en faïence.

Les meilleurs résultats obtenus pour l'imperméabilisation des planchers ont été donnés par la paraffine fondue. Si l'on a, au début, signalé quelques insuccès, ce n'est pas la paraffine qu'il faut incriminer ; c'est que l'on avait négligé de transformer le plancher en une surface régulière et unie, car la paraffine ne se fixe pas dans les fentes et les fissures.

La nécessité d'obturer fentes et fissures s'impose donc tout d'abord. Cette obturation, essayée avec de l'étoupe de la charpie ne présente pas de résistance suffisante ; aussi M. Annequin a-t-il proposé, pour transformer le parquet en une surface régulière et unie, d'employer un mastic dont voici la composition :

Blanc d'Espagne	540
Colle forte	180
Terre de Sienne (oxyde de fer hydraté)	150
Terre d'ombre (oxyde noir mélangé de proto et de sesquioxyde de fer)	110
Terre calcinée (carbonate de chaux)	20

On l'applique avec un couteau à mastiquer, en traçant des rainures sur la couche la plus superficielle pour augmenter l'adhérence de la paraffine. On a eu soin au paravant de passer le plancher à la paille de fer pour enlever la cire et obtenir une surface dépourvue d'aspérités. On laisse sécher le mélange quarante-huit heures. L'on coule ensuite la paraffine.

On doit employer une paraffine à point de fusion voisin de 65°, à point d'ébullition supérieur à 300°. On la fait bouillir deux à trois heures dans un chaudron à feu vif, puis, on la répand bouillante dans le sens des fibres du bois de façon à avoir une couche uniforme de 2 à 3 millimètres d'épaisseur ; enfin, après refroidissement, ce qui nécessite quelques minutes, on rabote avec une raclette et on frotte à la paille de fer pour enlever l'excès de paraffine, qui peut réservoir.

Il faut environ un kilo de paraffine pour 4 mètres carrés ; le kilo de paraffine coûte en gros 1 fr. 80. Le prix relativement assez élevé, le tout terminé, est compensé par des avantages multiples.

La paraffine n'est attaquée par aucun acide, par aucun alcali. L'entretien se réduit au nettoyage avec un chiffon ou de la sciure imbibée d'une solution antiseptique ; en passant ensuite un chiffon de laine, on obtient un beau brillant. Le plancher est légèrement plus foncé que normalement, sa surface est bien uniforme, reluisante. Le paraffinage bien fait dure plusieurs années.

Les avantages de cette méthode, on le voit, sont très appréciables ; il serait à désirer que l'application en fût généralisée, non seulement aux salles de malades, mais aux escaliers, aux couloirs. Le paraffinage a d'ailleurs commencé à être mis en usage dans les hôpitaux de Paris, mais dans certains services l'entretien consiste, le croirait-on, à passer chaque matin le parquet paraffiné à la paille de fer et à balayer ensuite ! On arrive ainsi, au bout d'un temps très court, à rétablir intégralement les inconvénients auxquels on avait voulu parer.

A. COYON.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

11 Janvier 1899.

Épithélioma papillaire du bassin. — M. Albaran présente un malade chez lequel il a fait le diagnostic d'épithélioma papillaire du bassin, grâce au cathétérisme de l'urètre, qui lui a permis de retirer quelques fragments, dont l'examen histologique a ensuite montré la nature.

Le malade est opéré depuis six mois et va bien.

Il rappelle avoir fait, dans les mêmes conditions, une autre fois, le diagnostic d'un papillome de l'urètre, diagnostic vérifié par l'opération.

Ce sont les deux seuls cas où, jusqu'à ce jour, on ait fait le diagnostic clinique du papillome de l'urètre ou du bassin.

Pneumotocèle du crâne consécutive à une otite moyenne. — MM. Malapert (de Poitiers) et Gouillot (de la Trimouille) présentent une observation sur un malade atteint depuis quatre ans de pneumotocèle du crâne siégeant au-dessus de l'oreille droite. Cette tumeur gazeuse, intermittente, est consécutive à une otite moyenne suppurée.

Traitement de l'appendicite. — M. Broca. Dans le débat actuellement ouvert devant la Société de chirurgie sur le traitement de l'appendicite, les quelques points particulièrement soulevés sont les suivants :

1° Faut-il opérer quand on diagnostique une péritonite généralisée ?

2° Doit-on toujours opérer immédiatement, sans essai du traitement médical ?

3° Quand on a ouvert un abcès chaud péri-caecal, doit-on de parti pris chercher l'appendice et le réséquer ?

4° Quel est le manuel opératoire le plus convenable pour chercher l'appendice malade ?

Je vais résumer ce que j'ai appris sur ces points auprès des 180 malades que j'ai soignés.

L'intervention chirurgicale, en cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, me paraissait actuellement admise par tous les chirurgiens. On discutait, sans doute, pour savoir si, en cas de guérison, il fallait conclure à une vraie péritonite totale ou à ce que Jalaguier a appelé la grande péritonite enkystée ; le débat, où surtout Reynier et Roulier ont pris position inverse, est évidemment de ceux qu'on ne peut trancher d'une manière définitive, puisque les cas où Roulier triomphe de Reynier restent douteux par définition, la guérison étant incompatible avec la preuve nécropsique. Mais le fait est que, pour le clinicien, dans certains cas, on trouve tous les symptômes de la péritonite généralisée — pouls petit et fuyant, peau visqueuse et peu rétractile, météorisme, facies grippé — qu'alors, en opérant, on ouvre un péritoine où l'on voit le pus sourdre de toutes parts entre les anses non adhérentes ; et que, cependant, par le drainage large, on obtient la guérison. Ces cas sont rares, sans doute, et, la plupart du temps, l'opération n'empêche pas la mort ; mais tous nous avons obtenu des succès de ce genre, et, pour ma part, j'en trouve quatre dans mes notes. C'est peu, car, dans les mêmes conditions, j'ai vu périr 27 sujets.

Ces malades morts de péritonite généralisée avaient presque tous passé par une période pendant laquelle l'infection s'était localisée autour de l'appendice, était, par conséquent, curable. De là, le plus raisonnable paraît, au premier abord, de conclure que l'on doit opérer sitôt le diagnostic posé. Ce raisonnement est simpliste, mais, avec mes amis Jalaguier et Brun —, tous deux d'une haute compétence sur le sujet, — je le crois erroné.

A mes débuts, moi aussi, j'ai eu tendance à opérer toute affaire cessante. Puis, peu à peu, j'ai constaté que, si le sujet n'est pas encore sous une menace de péritonite généralisée, si, d'autre part, on ne trouve pas les signes locaux d'une collection purulente, on a intérêt à instituer d'abord le traitement médical : diète, glace sur le ventre, médication opiacée. De la sorte, on voit souvent la fièvre tomber brusquement, et fondre en quelques jours des empiètements parfois considérables.

De la sorte, sans doute, on est exposé à laisser évoluer un abcès, brusquement capable d'infecter la grande séreuse. Pour les cas habituels, cela n'arrive pas à un chirurgien expérimenté, habitué à surveiller matin et soir le pouls, le ventre, la température. Certainement, les malades, que j'ai opérés en pleine péritonite et qui ont succombé, avaient été soignés pendant plusieurs jours — j'allais dire, parfois pendant plusieurs semaines — par un médecin qui avait laissé évoluer l'abcès et n'avait songé à faire opérer le sujet que lorsqu'il était déjà trop tard. Cela m'est arrivé en ville aussi bien qu'à l'hôpital.

Pour l'abcès classique de la fosse iliaque droite, le médecin est peu excusable, car aujourd'hui on doit savoir le diagnostiquer vite et bien. Mais certains cas à siège insolite prêtent plus volontiers à l'erreur. L'abcès à gauche est déjà quelquefois difficile à reconnaître vite, surtout parce qu'on est dérouter par l'anomalie ; cependant, on trouve les signes d'une péritonite enkystée, suffisants à commander l'intervention. Les abcès sous-hépatiques et même sous-phréniques sont bien plus embarrassants ; ils sont très rares, heureusement. Moins rares sont les abcès pelviens, eux aussi fort malaisés à déceler, même

quelquefois quand ils sont haut situés, par le toucher rectal. Plusieurs fois j'y ai été pris, et je trouve dans mes notes trois observations où j'ai opéré trop tard, le malade ayant été cependant sous ma surveillance, parce que la collection, de siège anormal et peu accessible, avait échappé à mes investigations.

D'autre part, pour ces poches pelviennes, il y a un intérêt réel à attendre qu'elles se rapprochent de la paroi, qu'on puisse y parvenir à travers des anses adhérentes et non pas en traversant la séreuse encore libre : car, dans ce dernier cas, l'infection mortelle de la grande séreuse est à craindre. C'est alors qu'il peut y avoir intérêt, si l'on a pu poser un diagnostic précis, à aller dans le petit bassin par une incision très basse située, en décollant le péritoine pelvien. Je l'ai fait une fois, avec plein succès, chez une fillette qui, après ouverture spontanée, mais insuffisante, d'une collection dans le rectum, avait présenté des accidents septiciques graves.

Je crois bon, si la péritonite ne menace pas, d'attendre en instituant le traitement médical, parce que je crois, en principe, mauvais de compléter l'ouverture d'un abcès chaud appendiculaire par la recherche et l'extirpation de l'appendice. Certes, si l'appendice se présente à moi, je le cueille ; mais c'est l'exception. La plupart du temps, on ne le voit pas, on ne le sent pas, à moins qu'on ne le dégage de ses adhérences. Or, les adhérences sont le salut, et l'incision simple sauve à peu près invariablement la vie du sujet.

Et, cependant, je n'ai pas l'optimisme de Reclus ; je pense plutôt, avec Brun, que l'appendice laissé en place est capable de causer des accidents. Ce n'est évidemment pas la règle. Presque toujours il va se rétracter, se scléroser et restera définitivement silencieux. A plusieurs reprises, en opérant pour des événements consécutifs, j'ai trouvé l'appendice réduit à un petit cordon court, blanc, induré, en sorte que je l'ai respecté et n'ai pas eu à m'en repentir. Cette guérison définitive s'observe, par exemple, quelquefois après issue d'un calcul stercoral trouvé dans le pus immédiatement ou quelques jours après l'opération ; peut-être aussi l'appendice se rétracte-t-il plus volontiers dans le cas où, après l'incision, il y a eu, pendant un temps variable, écoulement de matières stercorales par la plaie, — ce qui, soit dit en passant, va assez mal avec la théorie de la cavité close. Mais plusieurs fois, sous l'événement, j'ai trouvé l'appendice gros, adhérent, enflammé, quelquefois même perforé d'un trou bouché par une adhérence épiploïque ; ou même la plaie reste fistuleuse, ou des abcès successifs se forment.

Au total, j'ai eu à opérer 12 événements consécutifs, dont 4 où j'ai eu à réséquer l'appendice malade ; d'autre part, 4 fois, sans événement, il a persisté une fistule et 1 fois l'appendice faisait prolapsus au dehors. Chez le premier malade atteint de fistule à rechutes que j'aie observé, j'ai temporisé, parce que les accidents étaient insignifiants, et un beau jour est survenue une péritonite foudroyante, par perforation de l'intestin grêle sur le trajet d'une bride épiploïque.

En opérant à froid, avec résection de l'appendice et suture exacte de la paroi, on coupe court aux rechutes, naturellement, et, d'autre part, on évite presque à coup sûr l'événement. Enfin, l'opération est, dans ces conditions, aussi bénigne qu'efficace. Il est inutile d'insister sur ce point, car nous sommes tous d'accord.

Malgré cette bénignité, je ne conseille cependant pas d'opérer de parti pris tous les malades qui ont une crise ; si aucune tuméfaction, aucune douleur à la pression ne persiste, je crois qu'on peut attendre la seconde crise. Mais, après celle-là, l'indication est formelle.

Le procédé opératoire classique, par incision directe du péritoine, m'a toujours paru le meilleur. Le décoller de la fosse iliaque doit être réservé aux abcès pelviens. Pour la résection à froid, j'ai employé pendant longtemps l'incision iliaque de Roux ; depuis quelque temps, je passe par la gaine du grand droit ; mais, par une voie comme par l'autre, j'ai toujours trouvé tout de suite l'appendice.

M. Ricard. Sans remettre en question tout le traitement de l'appendicite, je répondrai à certaines assertions émises à son sujet. Tout d'abord je n'admets pas qu'il faille opérer toutes les appendicites aiguës, les cas étant trop variables dans leur modalité et trop dissimulables dans leur forme.

Il est des cas qu'il faut toujours opérer : ce sont ceux d'appendicite perforante stercorale avec péritonite diffuse, ceux de périappendicite suppurée avec abcès iliaques. Nous sommes tous d'accord sur ce point.

Mais dans les cas de moyenne intensité, il convient de discuter.

Je pense qu'il faut d'abord instituer le traitement médical et bien surveiller le pouls, la température, le fonctionnement intestinal, etc., tous symptômes dont l'aggravation peut commander l'intervention. Si les phénomènes s'apaisent et qu'il persiste ensuite quelque trouble du côté de la fosse iliaque, j'interviens, mais à froid, ce qui est de beaucoup préférable. Si tous les symptômes disparaissent et que le malade en soit à sa première atteinte, je m'abstiens de toute intervention. J'interviens au contraire s'il ne s'agit pas d'une première attaque.

Enfin, il est des cas très légers, décrits par Talamon sous le nom de « colique appendiculaire » où le traitement médical suffit toujours.

Quant à ce qui est de la résection de l'appendice, il faut la pratiquer autant que possible; dans presque tous les cas on y réussit, mais cependant, dans des cas exceptionnels, ce serait une faute de s'obstiner dans des recherches qui deviendraient dangereuses.

Quant au procédé *a posteriori* de M. Poirier, c'est un procédé utile, notamment dans les cas d'induration diffuse et d'empatement de toute la fosse iliaque. C'est une ressource opératoire précieuse, mais ce ne saurait être qu'un procédé d'exception bien inférieur, dans l'immense majorité des cas, à la large ouverture de la séreuse péritonéale, ouverture qui permet de voir, de juger et d'agir en connaissance de cause.

Relativement aux éverturations, je n'en ai jamais constaté après mes opérations à froid; j'en ai eu quelques-unes lorsque j'ai dû faire un drainage. L'incision que j'emploie est à peu près semblable à celle qu'on prescrit pour la recherche de l'iliaque externe; je la ferme toujours par un seul plan de suture comprenant tous les plans de la paroi abdominale.

M. Potherat. J'estime que toute appendicite aiguë doit être opérée aussitôt qu'elle est reconnue, même et surtout quand elle aura été reconnue de très bonne heure. Je fais exception pour la colique appendiculaire que je ne confonds pas avec l'appendicite aiguë; si cette colique se reproduit, je conseille encore l'intervention à froid. Cette intervention à froid est encore indiquée après une récente attaque d'appendicite à répétition.

Dans les appendicites aiguës, je suis partisan de l'intervention rapide, parce que les lésions sont souvent beaucoup plus graves qu'on ne le suppose, que le processus ulcératif est très intense et que la temporisation fait déterminer la mort. Comme MM. Poirier et Rottier, je dirai: jamais je n'ai eu à regretter d'être intervenu, encore moins d'être intervenu trop tôt, mais maintes fois j'ai regretté d'avoir opéré trop tardivement.

Sur la déchirure des nerfs. — **M. Poirier.** Je désirerais connaître les résultats de l'opération dont nous parlait M. Tuffier lors de la dernière séance et qu'il se proposait de faire sur un malade chez lequel il avait diagnostiqué un arrachement des racines du plexus brachial.

A propos de ce malade, je voudrais appeler l'attention sur deux points: M. Tuffier a fait le diagnostic de rupture des nerfs parce qu'il existait la réaction de dégénérescence et en outre il a porté le pronostic d' incurabilité de l'affection sur la constatation de cette réaction. Je pense que c'est aller trop loin. Tout récemment j'ai soigné un malade qui avait reçu une balle de mitrailleur: la balle était entrée par le bord postérieur du grand trochanter droit, avait traversé la fesse de ce côté, l'ischion, le conduit anal et la fesse gauche pour ressortir un peu en arrière du trochanter gauche. Immédiatement après le traumatisme, le blessé présenta une paralysie totale du membre inférieur droit, qui persistait encore soixante jours après lorsque je le vis.

La réaction de dégénérescence existait. Le trajet de la balle était resté fistuleux et menait dans un foyer profond purulent, déterminant une fièvre hectique.

J'opérai, nettoyai complètement le foyer de suppuration et, pour ce qui est du nerf sciatique, je le trouvai enterré dans une gangue fort dense, sous laquelle le nerf paraissait petit, comprimé et anémié. Je constatai encore que, par la partie postérieure du sciatique, quelques fibres avaient été déchirées par la balle: je les dégagai et les rapprochai par la suture.

Aussitôt après l'opération, les douleurs violentes dont se plaignait le malade disparurent le soir même; le gros orteil se fêchissait un peu; les jours suivants les mouvements revinrent peu à peu; le dixième jour, le pied pouvait être porté en flexion avec adduction. En trois mois, sous l'influence de massages et d'un traitement électrique, tous les mouvements avaient reparu.

Ce fait montre donc tout en moins que la compression continue et énergique d'un nerf peut donner lieu aux mêmes symptômes que sa destruction.

M. Tuffier. L'histoire de l'opération du malade que je vous ai présenté dans la dernière séance viendra répondre à M. Poirier. Je l'ai opéré jeudi dernier avec l'aide éclairée de M. Duval; je vous rappelle que ce malade était atteint depuis deux mois d'une paralysie radulaire totale, qui n'avait été améliorée par aucun traitement. La réaction de dégénérescence était complète.

Voici comment j'ai opéré, et je dois dire que la découverte des origines du plexus est beaucoup plus simple et plus facile que je ne le croyais.

Incision verticale suivant la médiane sus-claviculaire (milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien et milieu de la clavicle).

Section entre deux pincées d'une ou deux veines sous-cutanées tributaires de la jugulaire externe et d'un nerf superficiel (branche sus-acromiale).

Section des deuxaponévroses du cou. Le ventre inférieur de l'omo-hyoïdien est mis à nu dans le bas de la plaie. Dissection à la sonde, au milieu de la graisse, de 3^e et 6^e paires nerveuses fusionnées. On les remonte individuellement jusqu'aux apophyses transverses, facilement repérables.

Mise à nu du scalène antérieur; sur sa face antérieure, d'un coup de sonde, on découvre le phrénique; un large écarteur récline en avant et en dedans le paquet carotido-jugulaire, que l'on ne voit pas, le scalène antérieur et avec lui le phrénique: Les racines nerveuses supérieures,

mises à nu, servent de repère pour découvrir les paires basses. La 7^e est disséquée jusqu'à la transverse.

Sous elle, au-dessus de la 8^e, on trouve la cervicale transverse profonde, que l'on lie immédiatement.

La 8^e est disséquée de même.

Contre la colonne, et au-dessus de cette paire, on trouve la vertébrale qui disparaît sous la transverse. Elle est facilement évitable à vue. La sous-clavière reste en avant, visible et résistante.

La 1^{re} paire est recherchée sur le col de la première côte, en avant du tendon du scalène postérieur.

Dans l'angle inférieur de la plaie, on aperçoit alors, en bas, le dôme pleural, en dedans, la vertébrale, en avant la sous-clavière.

Pour aborder la portion rachidienne des nerfs supérieurs, après avoir coupé le scalène antérieur, on fait sauter à la pince coupante les tubercules antérieurs des apophyses transverses. Manœuvre facile pour la 6^e (tubercule de Chassaing); au niveau de la 5^e, l'anastomose de cette paire avec le phrénique est difficile à ménager.

Pour la 7^e, il suffit d'abattre le bord antérieur de la transverse mono-tuberculée. Les veines émissaires rachidiennes donnent un écoulement de sang qui ne nous a pas gênés. Les racines sont alors sorties de leur gouttière osseuse et facilement examinées.

Dans le cas particulier, nous avons trouvé des racines nerveuses très grosses, blanches, dures dans leur segment *extra-rachidien*, particulièrement les trois supérieures. Dans leur segment rachidien, au niveau de la 6^e et de la 7^e paire, nous avons trouvé juste au ras de la transverse un étranglement sous-névriemmatique des racines nerveuses, étranglement bordé de deux renflements, un périphérique et un central, dont nous apercevions l'origine.

La 5^e était aussi renflée au niveau de la transverse.

Les racines étaient complètement insensibles; leur dissection, leur saisie entre les doigts ne donnaient lieu à aucune réaction dans le membre supérieur; de même leur excitation électrique directe, faite à plusieurs reprises et pour chacune de ces racines. Nous n'avons pas constaté le moindre mouvement dans le membre supérieur.

Les suites opératoires ont été particulièrement simples.

La réunion est complète. Depuis son opération, le malade n'a eu aucune douleur, aucun phénomène vasomoteur ou trophique. Ni la sensibilité ni la paralysie n'ont été modifiées.

Ce fait n'a d'autre intérêt que de montrer le facile abord des origines du plexus brachial, et, peut-être, à l'avenir interviendra-t-on plus tôt contre ces accidents.

Coxa vara. — **M. Brun** présente un cas type de coxa vara.

Pylorotomie pour cancer. — **M. Hartmann** présente un malade auquel il a pratiqué, pour carcinome du pylore, une pylorotomie par le procédé de Kocher.

Kyste hydatique du foie. — **M. Delbet** montre un malade chez laquelle il a fait la cure d'un kyste hydatique du foie par le captonnage et la suture de la poche et la fermeture immédiate de l'abdomen. C'est la sixième malade qu'il a traitée par ce procédé, qui permet d'éviter la formation de ces fistules intarissables qui, assez souvent, suivent l'établissement de la marsupialisation du kyste.

Hypospade. — **M. Tuffier** présente un malade qu'il a guéri d'un hypospadias par la méthode de Nové-Josserand, c'est-à-dire de reconstitution de la paroi inférieure du canal à l'aide de l'avivement suivi de l'apposition de greffes d'après la méthode de Thiersch.

Néphrectomie pour hématurie consécutive à un traumatisme. — **M. Reynier** présente un rein qu'il a extirpé pour parer à des accidents graves d'hématurie.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

13 Janvier 1899.

Gangrène symétrique des extrémités. — **MM. L. Rénon, M. Faure et M. Labbé.** Le malade de trente-trois ans que nous présentons à la Société a été pris, il y a un mois, de sphacèle symétrique des oreilles; les mains, les pieds et le nez ne furent atteints d'asphyxie locale que quinze jours plus tard. Actuellement, il existe une perte de substance considérable des deux oreilles, et la gangrène des dernières phalanges des quatre derniers doigts de chaque main; les deux pouces sont indemnes ainsi que les quatre derniers orteils; les deux gros orteils ne présentent qu'une escarre épidermique insignifiante après avoir subi la même asphyxie locale que les doigts. Fait intéressant, ce sont les parties les plus périphériques et les plus excentriques qui sont atteintes d'avantage, car, aux mains, l'affection est surtout marquée aux trois doigts du milieu, et aux pieds les quatre derniers orteils sont indemnes.

Il s'agit là d'un cas indéniable de maladie de Raynaud dont la pathogénie paraît bien obscure: ni la théorie nerveuse, ni la théorie vasculaire ne semblent capables de l'expliquer à elles seules. Il n'y a pas d'oblitération des gros troncs vasculaires et il n'existe pas de signes de névrite; peut-être faut-il tenir compte de l'hyperten-

sion artérielle qui est manifeste chez le malade. Celui-ci est, de plus, tuberculeux et alcoolique, et se trouve, par sa profession de blanchisseur, exposé à manier des toxiques, tels que la potasse et l'eau de Javel; il a eu des crises convulsives mal définies dans son enfance et reste souvent exposé au froid. Il semble que l'affection résulte de cet ensemble de causes mal déterminées.

Notre thérapeutique a essayé de répondre à ces multiples indications: l'usage du lait, des vaso-dilatateurs (bromure de potassium et trinitrine), l'emploi des bains d'air chaud, nous ont peut-être permis de limiter la gangrène des membres inférieurs; mais aux mains et aux oreilles nous sommes restés impuissants devant les progrès du mal.

Angine à spirilles et bacilles fusiformes de Vincent. — **M. Sacquépée.** J'ai observé cinq cas de la nouvelle forme d'angine à spirilles et bacilles fusiformes qui a été décrite par M. Vincent. Dans un de ces cas, l'apparence diphthéroïde de l'angine nécessita, avant toute culture, une injection de sérum antidiphthérique. Chez deux malades, l'affection frappa les deux amygdales; l'adénopathie était très marquée et il y eut de la fièvre. Un autre malade avait eu, l'année précédente, une atteinte semblable d'angine.

L'aspect de la fausse membrane blanchâtre, épaisse, pulpeuse et reposant sur une surface saignante et exulcérée au bout de quelques jours, la fièvre, la dysphagie, le gonflement ganglionnaire, rappellent, principalement au début, la diphthérie. Aucun de mes malades n'a eu d'albunurie.

L'examen microscopique de la fausse membrane m'a montré, en quantité colossale, les bacilles fusiformes et les spirilles qui lui sont si souvent associés. Dans quatre cas, le staphylocoque a seul poussé. Dans un cas, les ensemencements sont restés stériles. Je n'ai jamais trouvé le bacille de Löffler ou le pseudo-diphthérique.

Nouvelles recherches sur l'angine diphthéroïde à bacilles fusiformes. — **M. H. Vincent.** Depuis la communication que j'ai faite, le 11 Mars 1898, à la Société, sur une nouvelle forme d'angine à fausses membranes, causée, soit par le bacille fusiforme seul, soit par l'association de ce microbe à un spirille, de nombreux travaux confirmatifs ont été publiés, en France ou à l'étranger, sur la réalité de cette affection et sur le rôle de son bacille pathogène (Raoulet et Thyry, Dopfer, Bernheim et Popischill, Abel, de Staerklin, Rispal, Sacquépée, etc.). Le nombre des cas publiés de cette affection dépasse actuellement soixante. Cette forme d'angine est donc relativement fréquente.

J'en ai observé récemment un nouveau cas (fausse membrane récidivant après ablation, dysphagie, adénite, fièvre), dans laquelle le bacille fusiforme avait végété en l'absence de spirilles. La culture ne donna pas de bacille de Löffler. Dans les coupes de la fausse membrane, on constate que le bacille fusiforme s'est multiplié seul et en quantité extraordinaire, sous forme de nids ou de traînées denses et compactes, formant des amas touffus fortement colorés par la thionine.

Le bacille fusiforme existe, quoique à l'état très rare, dans la bouche de certains sujets sains. Il peut même se multiplier parfois faiblement dans les autres angines à fausses membranes, même dans l'angine diphthérique, à côté de l'agent pathogène véritable. Mais il y est alors très rare. Il doit être rangé à la suite des innombrables bactéries, saprophytes ou pathogènes, qui vivent dans la cavité buccale. J'ai pu constater quelques bacilles fusiformes au milieu d'innombrables microbes développés à la surface d'exulcérations produites par une angine herpétique simple.

Je rappellerai, pour préciser l'histoire de cette maladie et ôter toute possibilité de discussion relative à la priorité de son microbe spécifique, que j'en ai fait la première mention en 1896, dans un mémoire sur la pourriture d'hôpital paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. MM. Raoulet et Thyry ont déjà, du reste, fait ressortir cette priorité qui paraît être contestée par un auteur allemand, dans un intéressant mémoire présenté en 1898 au Congrès de laryngologie de Paris.

Artérite syphilitique et thrombose des deux artères vertébrales: gomme méningo-médullaire. — **M. G. Lion.** Une femme de trente-quatre ans tombe brusquement paralysée des quatre membres. L'intelligence, encore nette au début, s'obscurcit, la malade tombe dans le coma et meurt soixante heures à peine après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve une artérite syphilitique avec thrombose des deux artères vertébrales, une gomme méningo-médullaire dans la région dorsale, enfin, des gommules miliaires disséminées dans le tissu hépatique.

Ce fait de thrombose des deux vertébrales est exceptionnel. Il est probable que certains cas de thrombose des vertébrales évoluent sans entraîner la mort. C'est ce qui semble ressortir des résultats obtenus par les chirurgiens qui ont pratiqué la ligature de ces vaisseaux dans le but de guérir l'épilepsie. Actuellement cette opération a été pratiquée plus de cinquante fois et une seule fois on trouve signalés des troubles paralytiques légers et passagers.

Un autre point remarquable de cette observation est l'existence d'une gomme méningo-médullaire et tout particulièrement d'une thrombose des vaisseaux antérieurs de la moelle restée absolument latente pendant la vie.

On sait qu'on a voulu expliquer la paraplégie brusque qui marque le début de certains cas de syphilis médullaire par l'artérite et la thrombose de l'artère spinale antérieure et le ramollissement consécutif de la substance grise de la moelle. Cette artérite et cette thrombose se sont montrées ici sans produire une pareille désintégration de l'axe nerveux.

Diagnostic précoce du cancer du poumon par l'étude histologique des crachats. — M. Paul Claisse. La présence de bourgeons néoplasiques dans les matières expectorées au cours du cancer du poumon a été signalée à plusieurs reprises. Ayant eu l'occasion, à deux reprises, de faire une semblable constatation, je crois utile d'attirer l'attention sur ce moyen de diagnostic.

Dans une de mes observations, l'examen microscopique de petites masses expectorées permit de faire le diagnostic avant l'apparition de tout signe stéthoscopique, alors que rien ne permettait de penser à une néoplasie pulmonaire. Ces masses cancéreuses expectorées sont d'ordinaire de très petite dimension et passent facilement inaperçues. On les découvre assez aisément en jetant dans un grand vase de verre rempli d'eau l'ensemble des matières expectorées. Il est utile de recourir à des colorants énergiques tels que la thionine, pour mettre en évidence les cellules de ces tissus qui sont le résultat d'un processus de nécrose.

M. Troisier. L'expectoration de cellules cancéreuses ne prouve pas exclusivement que le cancer siège dans le poumon. Dans un cas que j'ai publié, les particules cancéreuses expectorées provenaient d'un bourgeon cancéreux ayant perforé la trachée.

M. Ménétrier. J'ai publié deux observations dans lesquelles la recherche des cellules cancéreuses avait été positive; mais plusieurs auteurs on fait des recherches négatives, et l'on peut dire que dans les deux tiers des cas, cette recherche ne donne rien.

M. Rendu. Y a-t-il corrélation entre l'apparition des crachats hémorragiques et l'émission des parcelles cancéreuses ?

M. Claisse. Je ne le pense pas, car l'hémorragie vient des petites bronches, sinon du parenchyme pulmonaire lui-même, tandis que les parcelles cancéreuses proviennent des grosses bronches.

M. Ménétrier. Cependant, il m'a semblé que les particules cancéreuses se trouvent, de préférence, dans les crachats sanglants.

Intère prolongé par compression du cholédoque. — M. Florand communique à la Société l'observation d'un malade atteint d'un intère prolongé. Diverses hypothèses furent émises sur la cause de cet intère : compression du cholédoque, calcul enclavé, etc. En se plaçant au point de vue le plus favorable d'obstruction calculuse, une opération fut pratiquée par M. Richard. Le lendemain, le malade mourut d'hémorragie. L'autopsie démontra que le cholédoque était comprimé par un ganglion tuberculeux. Cette adénopathie était consécutive à des ulcérations intestinales de même nature; non seulement elle comprimait le cholédoque, mais elle était intimement adhérente à la veine porte dont elle avait amené l'ulcération, cause de l'hémorragie et de la mort du malade.

Transmission du pouvoir agglutinant typhoïdique à travers le placenta. — MM. Mossé et Frenkel envoient à la Société un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

1° La propriété agglutinante typhoïdique peut passer de la mère au fœtus à travers le placenta non altéré;

2° Cette propriété peut se retrouver chez le nouveau-né issu d'une femme ayant eu la fièvre typhoïde pendant la gestation;

3° Sensiblement plus faible chez l'enfant que chez la mère, elle s'affaiblit progressivement après la naissance et paraît être une propriété d'emprunt passive résultant de la filtration des matières agglutinantes à travers la barrière cellulaire du placenta;

4° L'énergie du pouvoir agglutinant maternel et surtout la durée pendant laquelle les matières agglutinantes imprègnent le placenta sont des conditions importantes de la transmission du pouvoir agglutinant de la mère à l'enfant;

5° Le pouvoir agglutinant de la sécrétion mammaire, ordinairement bien inférieur à celui du sang, peut, dans certains cas, atteindre un taux assez élevé (1 pour 100). Les deux conditions, énergie, durée d'action, qui favorisent le passage de la propriété agglutinante de la mère au fœtus, doivent entrer sans doute aussi en ligne de compte parmi les conditions favorables à la transmission du pouvoir agglutinant de la nourrice au nourrisson.

M. Achard rappelle un cas de MM. Delamarre et Chaillou qui vient à l'appui des conclusions de MM. Mossé et Frenkel.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

6 Janvier 1899.

Corps étranger fragile du rectum. — M. Ferrand présente un verre, en grande partie brisé, qu'un homme de quarante-huit ans s'était introduit dans le rectum.

Coutumier du fait, il eut un jour la surprise de sentir

le corps étranger disparaître dans le rectum et le sphincter se refermer sur lui. Il vint aussitôt à l'Hôtel-Dieu, à pied, non cependant sans s'être soumis préalablement aux tentatives d'extraction d'un médecin.

A l'hôpital, on essaya d'abord l'ablation par la voie naturelle, mais le verre se brisa, et les morceaux coupant la muqueuse. M. Marion pratiqua alors la rectotomie, et l'on se trouva en présence d'un verre dont le pied avait été cassé avant l'introduction et usé avec soin au niveau de la cassure.

Anneau mitral pétrifié. — M. Guéniot a trouvé, à l'autopsie d'une femme morte de cholecystite suppurée, un cœur qui présente au niveau de l'anneau fibreux d'insertion des valves de l'orifice mitral un volumineux anneau calcifié; les valves sont à peu près souples, mais l'aorte est parsemée de plaques athéromateuses.

V. GIFFOX.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

12 Janvier 1899.

Accidents cutanés causés par les rayons de Röntgen. — MM. Balzer et Monseaux. Il s'agit d'un malade employé à la radiographie et obligé de subir, à courte distance, l'influence des rayons de Röntgen. Ce malade présente actuellement, du côté droit du corps, une dermatite d'apparence eczématoïde. A la main et aux avant-bras, la peau est rouge, enflammée, épaissie, presque sclérosée, elle desquamée comme dans les dermatites. Les ongles, qui étaient tombés, repoussent actuellement, mais ils sont encore très altérés. A la face, au niveau de la région temporale droite, les cheveux sont tombés sur une large étendue; le sourcil droit et la moustache du même côté sont très raréfiés et les poils qui persistent sont fortement décolorés. La peau est très irritée, rouge, desquamante. Le malade est exposé aux effluves depuis un an; c'est depuis sept à huit mois seulement qu'est en évolution cette lésion. Il faut admettre, chez ce malade, une prédisposition assez marquée; car, chez son collègue, exposé aux mêmes influences, les effets sont beaucoup plus atténués.

M. Barthélemy. Dans les cas que nous avons étudiés, et qui sont au nombre de 53, nous avons remarqué que les accidents sont d'autant plus intenses que la partie atteinte est plus rapprochée du tube à effluves.

L'alopecie, l'eczématisation, l'épaississement des téguments et la chute des ongles ne sont pas les seuls accidents que l'on puisse observer. Il peut se produire des sphacèles, des bulles; non seulement sur la partie atteinte directement par l'effluve, mais encore à de grandes distances: nous avons vu un sphacèle du genou se produire bien loin du siège d'application.

M. Du Castel. La biopsie de ces lésions a-t-elle fourni quelques résultats ?

M. Barthélemy. On ne l'a pratiquée que chez le cobaye, et M. Darier a pu remarquer que, bien avant l'alopecie, le derme s'épaississait et présentait de très notables lésions.

M. Baudoin. En dehors des conditions de proximité et de proximité de l'ampoule, le temps d'exposition doit avoir une influence marquée; nous avons vu une demoiselle de magasin qui fut prise d'une dermatite accentuée et d'alopecie pour avoir servi plusieurs heures par jour à des démonstrations de rayons X.

M. Brocq. Il serait très utile que les conditions dans lesquelles on peut employer les rayons X fussent connues et précises. Nous venons d'observer une jeune fille qui, lors d'un passage à Vienne, fut consultée par un dermatologiste de cette ville pour acné séborrhéique accompagnée d'hypertrichose du visage. Elle fut soumise à l'action des rayons X durant dix-sept séances; toutes les parties non atteintes, les cheveux et les sourcils, furent, au cours du traitement, protégés par des lames de plomb. L'acné et la séborrhée subirent une considérable exaspération; malgré ce fait, notre confrère viennois conseilla à la jeune fille, rentrée à Paris, de se faire faire, à quinze jours de distance, deux applications nouvelles de rayons, affirmant que la guérison en serait le résultat certain. La malade ne se soumit pas à ces indications. Est-il possible de préciser les conditions dans lesquelles les rayons X peuvent être utiles s'ils peuvent l'être ?

M. Barthélemy. Répondant à M. Baudoin, nous dirons que la susceptibilité individuelle semble jouer un rôle plus important que le temps d'exposition. Chez les sujets jeunes, à peau humide et acide à la surface, le sphacèle peut survenir après une application de vingt-cinq minutes, comme nous l'avons vu dans un cas. Il ne peut être question, dans ce fait, ni de proximité, ni de temps d'exposition.

Le fait que nous rapporte M. Brocq nous rappelle qu'au Congrès de Moscou un des orateurs a présenté de nombreux cas d'acné et de séborrhée améliorés ou guéris par ce traitement.

Nous avons fréquemment essayé ce moyen, en collaboration avec M. Oudin, sans obtenir de bons résultats.

Quant à l'alopecie, on peut l'obtenir en quelques séances, trois ou quatre d'ordinaire, en plaçant l'ampoule à 15 ou 20 centimètres; après deux mois, les poils repoussent aussi abondants, aussi épais qu'auparavant. Il nous semble qu'il n'y a pas lieu de s'exposer aux re-

doutables accidents des rayons X pour d'aussi maigres succès. Nous avons vu certains cobayes, dont on voulait faire tomber les poils, être pris de paraplégie sans en perdre un. Dans les sept ou huit cas d'alopecie que nous avons pu suivre chez l'homme, la repousse s'est constamment produite.

M. Darier. De même que MM. Barthélemy et Oudin ne peuvent produire à coup sûr l'alopecie, l'alopecie produite ne semble pas guérir à coup sûr par le cobaye, car nous avons vu un cobaye expérimenté par eux, et qui, depuis dix-huit mois, ne présente aucune repousse.

Eruption de la face à type lupus érythémateux et érythème noueux des jambes chez un malade atteint d'adénites tuberculeuses du cou. — M. Du Castel. Cette malade a eu autrefois des suppurations ganglionnaires et osseuses nettement tuberculeuses. Il y a trois semaines, elle vit se produire sur le front une éruption rappelant, trait pour trait, le lupus érythémateux avec sa zone recouverte d'une couche squameuse grisâtre, très adhérente, épaisse. En même temps se manifestaient aux jambes des lésions d'érythème noueux. Ces lésions régressèrent rapidement, elles s'éteignirent aujourd'hui.

M. Lerodde. Nous avons vu récemment un malade atteint à la fois d'adénites bacillaires et d'érythème noueux; dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de savoir s'il y a là une simple coïncidence ou un rapport de cause à effet.

Psoriasis développé sur une tache de vitiligo. — M. Du Castel. La malade que nous présentons présente une éruption de psoriasis localisée à la ceinture sur les plaques d'un vitiligo qui existait antérieurement.

Le rapport de ces deux phénomènes pathologiques nous fait poser la question de l'origine nerveuse du vitiligo et du psoriasis qui s'est greffé sur la lésion primitive. Doit-on admettre, au contraire, que le psoriasis a trouvé dans la tache du vitiligo un point de moindre résistance où un parasite a pu se développer ?

M. Barthélemy. Nous avons vu le pityriasis versicolore se greffer sur le vitiligo. Nous avons expérimenté la résistance de la plaque de vitiligo à l'infection charnelle et nous avons constaté qu'elle n'était en rien modifiée. Nous serions tenté de croire qu'il n'y a pas de rapport pathogénique entre le vitiligo et les lésions qui se développent à son niveau.

M. Besnier. Il serait intéressant de rechercher la cause du vitiligo que présente cette malade; le psoriasis peut être lui-même une cause de dyschromies différentes, soit qu'il laisse une hyperpigmentation après la guérison, soit qu'il dépigmente au contraire; enfin, les malades atteints de psoriasis sont fréquemment traités par l'arsenic; il en résulte des pigmentations anormales surajoutées à celles de la maladie. Il faut donc être absolument certain qu'en ce cas il s'agissait bien d'un vitiligo antérieur au psoriasis pour chercher à établir les relations qui peuvent exister entre les deux affections actuelles.

Ulcération tuberculeuse de la lèvre supérieure. — M. Danlos. Cette malade fut, il y a un mois, considérée comme atteinte de chancre de la lèvre, mais il n'y avait ni induration ni ganglions, bien que la lésion fût vieille de six semaines. La surface en était tomenteuse, décolorée, vermoulu, rappelait un peu le chancre mou. A l'intérieur de la bouche, sur le frein de la langue, existait une ulcération arrondie, anfractueuse, sans granulations, au milieu de laquelle s'ouvrait le canal de Wharton. La malade, âgée de quinze ans, n'a pas eu ses règles depuis huit mois; elle est tuberculeuse pulmonaire. L'ulcération de la lèvre, comme celle du frein de la langue, est bacillaire, et elle a simulé le tableau clinique du chancre mou au début de son évolution.

M. Fournier. Ce fait est remarquable parce que la phthisie buccale se loge partout plutôt qu'au niveau des lèvres. Il montre, d'autre part, quelle circonspection on doit apporter dans le diagnostic du chancre induré.

M. Besnier. Il y a lieu de distinguer deux variétés de ces ulcérations bacillaires suivant qu'elles se produisent chez un tuberculeux ou suivant qu'elles sont primitives.

Les ulcérations des tuberculeux sont beaucoup plus rebelles et le traitement en vient rarement à bout.

Les ulcérations buccales primitives sont, au contraire, beaucoup plus aisément modifiées par les topiques, et il n'est pas rare de les voir arriver à la guérison définitive. L'acide lactique pur fournit souvent ce résultat.

M. Danlos. Chez cette jeune fille, qui est tuberculeuse, le traitement a amélioré l'état local.

M. Barthélemy. Nous avons vu guérir complètement, chez un tuberculeux, une ulcération bacillaire qu'il présentait au méat, par l'emploi de l'acide lactique pur.

Orthoforme associé au calomel dans les injections de ce sel. — M. Danlos. Nous désirons attirer l'attention des praticiens sur l'association de l'orthoforme au calomel comme analgésique dans les injections de ce sel. Cette idée nous a été suggérée par notre interne à propos d'une malade que sa pusillanimité rendait difficile à traiter par cette méthode; le résultat nous paraît très satisfaisant. Nous avons employé la formule suivante :

Huile de vaseline	1 centimètre cube.
Calomel	0,05 centigrammes.
Orthoforme	0,05 centigrammes.

L'orthoforme peut être employé à une dose différente, il n'est nullement toxique.

M. Jullien. Cette combinaison a déjà été employée.

M. Morel-Lavallée. La cocaïne fait supporter beaucoup mieux les injections de camolène en l'associant à la dose de un à un centigramme et demi.

M. Besuier. L'innocuité parfaite de l'orthoforme doit le faire préférer à la cocaïne.

M. Danlos. L'orthoforme a encore une propriété qui peut avoir son importance : il empêche le camolène de s'attacher aux parois des bouteilles dans lesquelles on enferme l'injection ; il rend ainsi constante la composition du médicament.

(A suivre.)

E. DE LAVARENNE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

4 Janvier 1899.

Opération césarienne par la voie vaginale. — **M. Dührssen** a eu l'idée de substituer la coliotomie vaginale à l'opération césarienne, qui présente des inconvénients multiples : ouverture du péritoine, cicatrice ventrale, adhérences péritonéales, danger d'une occlusion intestinale ultérieure, etc. La coliotomie vaginale qu'il a faite dernièrement dans deux cas est naturellement possible seulement dans les cas où l'obstacle à la sortie de l'enfant ne réside pas dans le bassin, c'est-à-dire quand le diamètre conjugué ne mesure pas moins de 8 centimètres.

L'opération elle-même consiste, après l'incision du vagin et du périnée, à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur, à décoller le péritoine et à inciser longitudinalement le col et le segment inférieur de l'utérus. L'extraction de l'enfant se fait alors très facilement.

Dans les deux cas dans lesquels **M. Dührssen** est intervenu, il s'agissait une fois d'une rupture de l'utérus avec l'enfant se présentant par l'épaule. Après l'extraction de l'enfant par la coliotomie vaginale, on pratiqua séance tenante l'hystérectomie vaginale. La malade a guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'une cardiaque non compensée, avec œdèmes, cyanose et dyspnée qu'on craignait de voir succomber d'un moment à l'autre. L'opération permit d'extraire un enfant vivant qui pesait 4,500 grammes. La mère succomba au cours de l'opération.

ILES BRITANNIQUES

Société pathologique de Londres.

3 Janvier 1899.

Carcinome primitif du foie. — **M. Green** montre le foie d'une femme qui, quatre mois avant sa mort, avait eu des crises de vomissements, crises qui s'étaient continuellement répétées depuis. Bientôt se déclara une douleur sourde et continue dans la région hépatique et on put y sentir une tuméfaction. Pas d'ascite ; pas d'ictère ; pas de décoloration des selles. A l'autopsie, on constata un carcinome à cellules sphériques, irrégulièrement répandu dans la totalité du parenchyme hépatique. La vésicule biliaire et les autres organes voisins du foie étaient parfaitement sains ; seuls les ganglions lymphatiques adjacents étaient pris. Il y avait de la périhépatite.

Invagination intestinale. — **M. d'Arcy Power** relate deux observations d'invagination intestinale. Il s'agit, dans le premier cas, d'une petite fille qui avait été prise subitement de violentes douleurs avec vomissements et expulsion par le rectum de glaires sanguinolentes. Le toucher rectal permettait de sentir la tête de l'invagination. Un lavement avec une solution saline chaude restant sans effet, on fit la laparotomie : l'invagination était irréductible ; l'auteur pratiqua une entéro-anastomose. La petite malade succomba.

A l'autopsie, on trouva une deuxième invagination iléo-cæcale, étendue ; de plus, il s'était reproduit une invagination au siège même de celle qu'on avait opérée : celle-ci augmentait quand on essayait de réduire la première. Il s'agissait bien d'une invagination produite *ante-mortem*, car des adhérences s'étaient formées tout autour.

La deuxième observation a trait à un enfant de six mois qui présentait les symptômes classiques de l'invagination : celle-ci se réduisit spontanément dès qu'on y toucha, le ventre étant ouvert. Mais elle se reproduisit peu après et l'enfant mourut.

Malformations congénitales des membres. — **M. Barwell** montre des photographies et des radiographies d'une petite fille chez qui manquent l'avant-bras et la main du côté droit ; à leur place se trouve une sorte de petit appendice contenant deux tubérosités osseuses. Il existe également un arrêt complet de développement dans le membre inférieur du même côté. L'au-

teur rattache ces malformations à une affection du système nerveux central.

Association médicale de Birmingham.

25 Novembre 1898.

Abcès extra-duraux. — **M. Gamgee** relate deux observations d'abcès extra-duraux consécutifs à une otite moyenne suppurée chez des enfants de cinq ans. Dans les deux cas, l'abcès s'était développé entre la face supérieure du rocher et la dure-mère, recouvrant le lobe temporo-sphénoïdal ; dans le premier cas, les méninges étaient intactes ; dans le second, elles étaient adhérentes et perforées, laissant à nu une petite surface du cerveau. Les deux petites malades ont guéri à la suite de l'ouverture de l'antrum mastoïdien et drainage du foyer purulent.

Abcès sous-phrénique. — **M. Short.** Une jeune fille de seize ans fut prise brusquement d'une très vive douleur dans la région épigastrique avec vomissements. Jusque-là, elle n'avait ressenti que de vagues douleurs stomacales après les repas ; jamais d'hématémèses. A l'examen, il semblait qu'il y eût du liquide et de l'air sous le diaphragme. On fit une incision dans le 9^e espace en arrière de la ligne axillaire, incision qui donna issue à du pus fétide. Tout alla bien pendant trois mois, puis éclata une pleuro-pneumonie aiguë qui emporta la malade en quelques jours. A l'autopsie, on trouva du pus grumeleux entre l'estomac, le foie et le diaphragme ; il y avait une perforation de l'estomac qui avait donné lieu à l'abcès, mais qui s'était oblitérée spontanément en adhérant à la rate.

ITALIE

Académie royale de médecine de Turin.

2 Décembre 1898.

Pouvoir anticoagulant de l'ixodes ricinus. — **M. Mosso** rapporte les résultats des recherches de **M. Sabbatani** démontrant que l'ixodes ricinus a comme la sangsue, le pouvoir d'empêcher la coagulation du sang ; cette propriété peut être vérifiée soit sur les animaux vivants (chiens, lapins), soit *in vitro* ; elle serait due à la présence d'un ferment spécial qui annule l'action de la fibrine-ferment.

Un cas d'anémie pernicieuse avec constatations anatomo-pathologiques peu banales. — **M. Foà.** Il s'agit d'un individu entré à l'hôpital pour une anémie grave avec troubles intestinaux. A l'autopsie, on nota une tache brune sur la table interne de la calotte crânienne avec hémorragie du diploë ; l'écorce cérébrale était de couleur mine de plomb ; le grand épiploon, le foie, avaient la même teinte ; la rate, grosse, présentait des zones de pigment mélanique ; la moelle des côtes était granuleuse et de couleur chocolat ; dans les os longs on voyait de gros infarctus et beaucoup de pigment ; de nombreux capillaires étaient pleins de plasmodies malariques pigmentées.

Ce cas de mélanémie est le vrai type de la rate noire avec moelle des os mélanique.

Tuberculose du canal thoracique. — **M. Foà.** L'origine semble avoir été un ganglion lymphatique situé au voisinage du plexus coeliaque ; la cisterna de Pecquet fut envahie ainsi que le canal thoracique, dont les parois étaient considérablement augmentées d'épaisseur et de consistance jusqu'à son embouchure dans une veine sous-clavière.

PRATIQUE MÉDICALE

Un traitement simple du chancre mou.

On sait que la chaleur exerce une action modifiatrice puissante sur le chancre mou. **M. Malherbe** (de Nantes) a utilisé cette donnée dans le traitement du chancre mou, en procédant de la façon suivante :

La surface chancreuse étant d'abord parfaitement asséchée avec un tampon de coton hydrophile, on approche la grosse lame du thermocautère Paquelin, chauffée à rouge, à quelques millimètres de l'ulcère, sans y toucher. En très peu de temps, des stries sanguinolentes apparaissent à la surface du chancre mou. Il faut alors s'arrêter. Le chancre se trouve ainsi transformé en une plaie simple qui guérit facilement sous un pansement pulvérulent quelconque, dans l'espace de huit à quinze jours.

La douleur provoquée par cette exposition à la chaleur rayonnante est habituellement supportable. On pourrait toutefois l'atténuer en badigeonnant au préalable la plaie chancreuse avec une solution de cocaïne.

Répertoire thérapeutique

Il arrive souvent que le médecin se sent mal armé et hésite dans l'emploi d'un tonique reconstituant qui répond au type aliment.

Les aliments contiennent le combustible nécessaire au fonctionnement de la machine humaine, mais ils ne jouissent de toute leur puissance nutritive qu'à la condition de trouver l'organisme en bon état fonctionnel. Si ce fonctionnement est anormal, s'il y a déperdition des forces, il faut suppléer à l'alimentation générale par l'alimentation d'épargne, par l'alimentation tonique et reconstituante.

Cette alimentation est une véritable médication destinée à relever l'activité nutritive de l'organisme, lorsqu'elle est au-dessous de la normale ; dans ce cas, le sang et le système nerveux, jouant un rôle primordial, sont les premiers atteints, et les altérations de l'un ou de l'autre ont une répercussion dans toute l'économie.

Médecins et chimistes recherchent depuis déjà longtemps des aliments doués d'une grande richesse nutritive sous un petit volume, c'est-à-dire sous une forme facilement assimilable, de façon à ne pas fatiguer l'estomac, tout en élevant le taux de la nutrition.

Dans cet ordre d'idée, **M. Maurice Robin**, après avoir démontré que l'assimilation des métaux ou minéraux se fait par la formation dans l'intestin de combinaisons glycériques, celles-ci se formant elles-mêmes aux dépens de la glycérine à l'état naissant qui provient de la saponification (ou digestion) des corps gras par les sucs biliaires, est arrivé à créer un vrai type de médicament aliment assimilable.

Après les travaux de **M. Heckel** et la thèse de **M. Monnet** sur la noix de kola, il fut démontré que cette graine était un puissant régulateur de la nutrition, un tonique du cœur, un stimulant énergique de l'estomac dont elle favorise les digestions, en allégeant la somme de travail imposé à cet organe. Il a été prouvé aussi que la kola n'énervé pas et ne produit pas de surexcitation factice comme la caféine ; car, la noix de kola n'agit pas seulement par sa caféine ou sa théobromine ; pour être complète, elle doit contenir le rouge de kola, et, enfin, son tannin ; si nous disons son tannin, c'est que c'est un tannin spécial ; et nous tenons en passant à insister sur ce fait que chaque végétal, d'une façon générale, possède un tannin qui lui est propre, particulier.

Le *pepto-kola* est une combinaison de peptone et d'extrait de la noix fraîche de kola avec les glycérophosphates, possédant, par conséquent, toutes les propriétés de la kola auxquelles viennent s'ajouter tous les éléments réparateurs de la nutrition, sous forme de peptone et de glycérophosphates.

M. Maurice Robin, en créant ce type de médicament-aliment, a heureusement associé l'aliment assimilable, la peptone, avec l'aliment d'épargne par excellence, la kola, et les glycérophosphates ; il a donné à la thérapeutique une préparation qui, sous forme d'élixir, est une liqueur des plus agréables et qui complète d'une façon rationnelle la médication par les glycérophosphates.

Le *pepto-kola* est donc un aliment stimulant et régénérateur en même temps qu'un peptique de premier ordre.

Un mot encore pour donner les indications et les doses auxquelles on doit employer le *pepto-kola*, ce type du médicament de la médication reconstituante.

Utilément employé dans l'anémie, la chlorose et la phtisie, le *pepto-kola*, surtout indiqué dans les affections du tube digestif : dyspepsie, anorexie, diarrhées chroniques, est un remède héroïque dans les convalescences longues et difficiles, dans la neurasthénie, chez les surmenés ; car, rapidement, et avec une puissance d'action étonnante, on obtient par l'emploi de cet élixir éminemment nutritif des résultats constants et souvent inespérés.

Ce médicament-aliment se prend à la dose d'un verre à liqueur après chacun des principaux repas. On peut en faire usage à toute heure de la journée, suivant les cas, et en prévision d'une fatigue physique ou intellectuelle.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARÉCHOUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



Remington

LA SEULE
MACHINE A ÉCRIRE
CONSTRUITE SPÉCIALEMENT
en vue des Ordonnances médicales
(Voir la Presse Médicale du 22 Juin 1898)

Vous trouverez réunies dans le modèle n° 7. 1897, toutes les QUALITÉS RÉELLES de construction et de solidité qui ont rendu la « REMINGTON » célèbre et des PERFECTIONNEMENTS SCIENTIFIQUES qui augmentent dans une notable proportion son UTILITÉ et sa DURABILITÉ.

WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT 8, boulevard des Capucines, PARIS

CATALOGUE SUR DEMANDE

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon
30 gr. viande et 0.40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin. Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

En **POUDRE**, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bœuf. Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum.

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté. Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Paris, 8, boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

TUBERCULOSES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, PARIS ET PHARMACIES.

LE TRAUMATOL (Iodocrésine)

Le TRAUMATOL est supérieur à l'Iodoforme qu'il remplace avantageusement. Il est sans odeur, ni caustique, ni toxique.

Le TRAUMATOL est employé avec le plus grand succès par les chirurgiens des hôpitaux et a été l'objet d'un rapport à la Société de Chirurgie, et après expériences concluantes, adopté par le Conseil de Santé de la Marine.

Le TRAUMATOL s'emploie sous forme de Poudre, Gaze, Ovules, Vaseline, Collodion, Crayons, Glycérine, Emplâtres.

DÉPOT : Pharmacie A. CHEVRIER, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, Faub. Montmartre, Paris.

BENZO-IODHYDRINE GRANULÉE BRUEL

EST SUPÉRIEURE AUX IODURES ET AUX AUTRES PRODUITS IODÉS
Pas d'Enchiffrement, pas d'Iodisme, pas d'intolérance dans le traitement des Affections SYPHILITIQUES, de l'ATAXIE LOCOMOTRICE, de la GOUTTE, de l'HUMATISME CHRONIQUE, de l'ASTHME, des Affections du CŒUR et de la BRONCHITE CHRONIQUE. — Prix de Flacon : 5 francs (franco domicile).
Gros : G. BRUEL, Bécon-les-Bruyères (Seine) et MARCHAND, 13, Rue Grenier-Saint-Lazare à Paris.

MORUINE SOUQUE

Huile de foie de morue synthétique. Préparée par E. FALIERES

Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, élivres, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES

Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse. VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE

Sous trois formes : CACHETS..... FALIERES, à 0gr.25 / De Glycérophosphate
PILULES..... FALIERES, à 0gr.10 / de Quinine pur
SUPPOSITOIRS FALIERES, à 0gr.25 /

AFFECTIONS des BRONCHES et de la GORGE



Sirop et Pâte

DE PIERRE LAMOUROUX

Ces préparations béchiques, composées de principes mucilagineux et expectorants, sont en même temps sédatives au plus haut degré. Leur saveur aromatique et agréable ainsi que leur innocuité en rendent l'administration très facile, et à ce double titre elles constituent de précieux auxiliaires dans la médecine infantile.

MODE D'EMPLOI. — Il convient de n'en faire usage que deux heures, au minimum, avant ou après les repas.

Dose { Sirop } 2 à 6 cuillerées à soupe, par jour, aux adolescents et adultes.
 { Pâte } 2 à 4 cuillerées à café, par jour, aux enfants au-dessus de 2 ans.
 { Pâte } 2 à 6 tablettes par jour.



ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, PARIS

DÉPOT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de L'ÉTRANGER

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

- PNEUMONIE FRANÇHE A RECHUTE**, par M. A. CHAUFFARD (avec un tracé en noir) 25
- ÉTUDE SUR LES LUXATIONS DU SCAPHOÏDE ET DU SEMI-LUNAIRE**, par M. POTEL (avec 4 figures en noir) 28
- MÉDECINE PRATIQUE**
Traitement mécanique de l'anasarque, par M. R. ROMME 31
- ANALYSES**
Bactériologie : Recherches sur la variabilité des espèces des bacilles diphtériques, par MM. SLAWYK et MANSICHTER. — Bactériologie des ostéomyélites chroniques, par M. BOSQUIER 32
Médecine expérimentale : Toxicité des mononitrites gras et aromatiques, et action antitoxique de l'hyposulfite de soude vis-à-vis de ces mononitrites, par M. R. VERBURGH 32
Médecine : Absence d'acide chlorhydrique libre dans les cas d'ulcères multiples de l'estomac, par M. A. KOKORWITZ 32
Chirurgie : Recherches sur le torticolis musculaire congénital, par M. HELLER. — Traitement des fractures récentes de la rotule, par M. DÖHRLIN. — La hanche bote et son ostéo-arthrite, par M. JARDOLAY 32

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

- Académie de médecine :** Les moyens de défense de l'Europe contre les épidémies de peste et de choléra venant de l'Orient, M. PROUST. — La date de l'incorporation des jeunes soldats, M. COLLIN 22
- Société de biologie :** Décès de M. Dumontpallier 22
- Société anatomique :** Myome de la peau de la cuisse et épithéliome pavimenteux du sein, M. LEVÉN, MM. MARIE, DURANTE, CORNIL. — Deux cas de broncho-pneumonie hémorragique chez le nourrisson, M. MARCEL LABRÉ. — Fibromes de la rate, M. NATHAN-LARRIER. — Fracture de la base du crâne, M. GEORGES LUYT. — Symphyse cardiaque tuberculeuse, M. PROSPER MENKLER. — Sarcome de l'apophyse coracoïde, M. GLANZBERG. — Lipome de l'avant-bras, M. MESLAY. — Volumineux cancer du foie secondaire à une très petite tumeur oosphagienne, M. LETULLE, M. MARIE. — Hernie inguinale congénitale de la trompe, M. WIART, M. DEMOULIN 22
- Société française de dermatologie et de syphiligraphie :** Malformations monstrueuses du crâne chez un hérédo-syphilitique d'origine paternelle. Aplaisissement et atrophie des circonvolutions psycho-motrices. Syndactylie des doigts et des orteils, MM. GASTOU et EDMOND FOURNIER. — Méthode de Cerrý-Trunczek et antiseptie combinée dans le traitement de l'épithélioma linguale, M. GASTOU, MM. GALIPPE, TENNESON, FOURNIER, MAURIAU, MOFFY, BESNIER, DANLOS, VÉRITÉ. — Vergétures consécutives à des syphilides, M. DANLOS. — Perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne, M. MOREL-LAVALLÉE, M. BESNIER, JULLIEN, MOREL-LAVALLÉE. — De l'emploi des verres bleus en syphiligraphie, M. JULLIEN. — Troubles trophiques dans une paralysie hystérique, MM. HALLOPEAU et CONSTANSOUX. — Lésions voisines dans la syphilis, MM. FOURNIER et LAYET, M. BESNIER 23

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du lupus par le permanganate de potasse 23

CARABANA PURGE GUÉRIT

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 5, 18 JANVIER 1899.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 25 Janvier 1899, à 1 heure. — M. G. GUÉMIN : Syphilis du cœur; MM. Potain, Fournier, Gaucher, Teissier. — M. MÉTAYER : Les injections intramusculaires de sublimé à doses rares et élevées dans la syphilis. — Comparaison avec le calomel et l'huile grise; MM. Fournier, Potain, Gaucher, Teissier. — M. BOUTELLIER : De l'iridocyclite dans les tumeurs intra-oculaires; MM. Tillaux, Terrier, Delbet, Walther. — M. ILIEFF : De la colpopexie abdominale dans le traitement radical du prolaplus utérin; MM. Tillaux, Terrier, Delbet, Walther. — M. FASSINA : Des douleurs intermenstruelles; MM. Tillaux, Terrier, Delbet, Walther. — M. FOLLET : La réorganisation des hôpitaux du Havre; MM. Terrier, Tillaux, Delbet, Walther. — M. HYVERT : Contribution à l'étude historique et sémiologique des délires religieux; MM. Joffroy, Gilles de la Tourette, Wurtz, Dupré. — HAUVILLER : Du suicide. Unité de son étiologie. Son traitement; MM. Joffroy, Gilles de la Tourette, Wurtz, Dupré. — M. BROUSSAIN : Manifestations nerveuses de l'alcoolisme; MM. Joffroy, Gilles de la Tourette, Wurtz, Dupré.

Jedi 26 Janvier 1899, à 1 heure. — M. MASSON : Hystérectomies vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. Indications; MM. Guyon Dieulafoy, Albarran, Achard. — M. FERNANDEZ : Tuberculose des organes génitaux de la femme; MM. Guyon, Dieulafoy, Albarran, Achard. — M. LÉON : Contribution à l'étude clinique de l'ordémebleu hystérique; MM. Dieulafoy, Guyon, Albarran, Achard. — M. LE GAUCI : Paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'épiphysie inférieure de l'humérus; leur mécanisme; MM. Panas, Le Dentu, Ménétrier, Faure. — M. DAÇON : Néoplasmes kystiques de l'utérus (cysto-fibromes, cysto-sarcomes); MM. Le Dentu, Panas, Ménétrier, Faure. — M. SYRONA : Contribution à l'étude de la médication éthéro-opiacée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique; MM. Proust, Pouchet, Thoinot, Langlois. — M. CAVASSE : Sur la coqueluche; MM. Proust, Pouchet, Thoinot, Langlois. — M. TRAVASSE : Etude sur les dispensaires pour enfants malades à Paris; MM. Pouchet, Proust, Thoinot, Langlois. — M. GONIN : Contribution à l'étude de l'encéphalopathie saturnine. Son traitement par les injections de sérum artificiel; MM. Mathias-Duval, Raymond, Gley, Troisier. — M^{lle} GOLDMAN : La confusion morbide chez les hystériques; MM. Raymond, Mathias-Duval, Gley, Troisier. — M. CHENOUARD : Névralgie intercostale. Traitement chirurgical appliqué à certains cas rebelles; MM. Berger, Hutinel, Roger, Vaquez. — M. SIMON (R.) : Etude expérimentale et clinique sur la tolérance et l'intolérance de l'organisme à l'égard de la créosote et le mode d'action de ce médicament; MM. Hutinel, Berger, Roger, Vaquez. — M. BOUSQUET : Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin; MM. Hutinel, Berger, Roger, Vaquez.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 Janvier 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Retterer, Poirier, Launois. — 2^e (Nouveau régime) :

DRAGÉES de FER COGNET
 Protoxalate de Fer et Quassine cristallisée.
LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Etudiants, GRATIS. Ecrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINTE-GALMIER BADOIT
 HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

MM. Ch. Richey, Remy, Desgrez. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Lannelongue, Varnier, Delbet. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Lancereaux, Teissier. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Reclus, Humbert, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Dupré, Méry.

Mardi 24 Janvier 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Launois. — 2^e, Nouveau régime, MM. Remy, Chassevant, Langlois. — 3^e oral (Première partie) : MM. Budin, Quénu, Hartmann. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Poirier, Albarran. — 5^e (Deuxième partie), Charité (1^{re} série) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Achard. — 5^e, (Deuxième partie), Charité (2^e série) : MM. Cornil, Hallopeau, Thiroloix.

Mercredi 25 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Blum, Lejars, Mauclair. — 1^{er}, (Nouveau régime) : MM. Remy, Poirier, Sebileau. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Retterer, Launois, Broca (André). — 3^e oral (Première partie) : MM. Lannelongue, Humbert, Lepage.

Jedi 26 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Remy, Hartmann, Thiéry. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, Salle n° 1 : MM. Quénu, Poirier, Bonnaire. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Blanchard, Chantemesse, Chassevant.

Vendredi 27 Janvier 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Reclus, Peyrot, Méry. — 2^e (Nouveau régime) : MM. Ch. Richey, Harriot, Launois. — 3^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (1^{re} série) : MM. Blum, Legueu, Mauclair. — 5^e (Première partie), Necker, Chirurgie (2^e série) : MM. Humbert, Lejars, Sebileau. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Potain, Lancereaux, Teissier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 28 Janvier 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Panas, Quénu, Poirier. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard, Harriot. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Debève, Raymond, Thiroloix. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Berger, Thiéry, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Pitié : MM. Chantemesse, Hallopeau, Marfan. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

COURS

Cours de thérapeutique. — M. le professeur Landouzy, de retour de sa mission en Russie, recommencera son cours de thérapeutique le lundi 23 Janvier, à 3 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours de l'Internat.

16 Janvier. — CAPSULES ET LIGAMENTS DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE. PHLEGMONS DE LA MAIN (SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC).

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSI NE PRUNIER" — Reconstituant général.

GUILLIERMOND SIROP 1000-TANNIQUE

AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

xostic). — MM. Lutier, 14. — Beneteau, 6. — Guénard, 16. — Roché (Jean), 13. — Goubreau, 8. — Percheron, 12. Le concours de l'Internat est terminé. La note minima d'admission au titre d'interne titulaire est 34. La note d'admission au titre d'interne provisoire est 27.

LISTE DE CLASSEMENT

Internes titulaires.

1. MM. Grenet, Lauby, Mouchotte, Rathery, Renon, Bruaudet, Armand-Delille, Courcoux (Alexandre), Prat.
41. Morichau-Beauchant, Voisin, Pouliot, Poirier de Clisson, Sillhol, Coudert (Emile), Guibal, Mutzner, Alquier (Louis), Hallepeau.
21. Aguiet, Guénard, Givalte, Laignel-Lavastine, Huguier, Balthazard, Nollet, Bergeron, Lortal-Jacob, Leuret.
31. Mantoux, Audistère, Katz, Meuriot, Sabatié, Dambirin, Girod, Herrenschildt, Gaubert, Percheron.
41. Simon, Jouon, Tourlet, Roché (Jean), Follet (René), Nicaise, Camus, Langevin, Audard, Delaunay (Victor).
51. Leroux, Chevrier, Grosse, Lefas, Du Pasquier, Godineau, Legros (Gaston), Chapotin, Grivot, Paris.
61. Legroux, Caluets, Assicot, Grégoire, Theuveny, Delherm, Bergouignon, Delamaré, Le Sourd.
71. Bosvieux, Lance, Le Roy des Barres, Bellin, Maury, Ball, Poulard, Gadaud, Salomon, Belgrand, Bender, Lutier.

Internes provisoires.

1. MM. François-Dainville, Gennet, Chevalier (Paul), Fernix, Netley (Ph.), Netter, Cahen, Le Gambier, Mahar, Langevin.
11. Bouchet, M^{lle} Pariselle, Hulleu, Crouzon, Pécharmant, Carton, Vivier, Cathala, Kahn, Lecornu.
21. Dardeau, Loin, Roy, Jomier, Garrigues, Leri, Mirouche, Gasne, Chevreyl, Guibal (E.).
31. Heller, Tridon, Beauvy, Froin, Mesnil, Le Lorier, Savignac, De Gorsse, Demaldert, Gaultier (René).
41. Touchard, Gardner, Aubertin, Weill (Benj.), Dauzats, Houselot, Coudert (Raoul), Monier, Lafitte, Diel.
51. Brocard, Aubourg, Debret, Vaillant, Berthier (Paul), Semeril, Gougis, Sébilleau, Bricet, Mirande.
Hôtel-Dieu. — M. Clado, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu, a repris ses conférences et démonstrations pratiques de gynécologie, le lundi 16 Janvier, à 5 heures, et il les continuera les *mercredis* et les *lundis* suivants à la même heure (amphithéâtre Chomel).

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — La Société vient de renouveler son bureau de la façon suivante pour l'année 1899 : *Président*, M. Leudet; *Vice-Présidents*, MM. Baraduc et Morice; *Secrétaire général*, M. Durand-Fardel; *Secrétaires des séances*, MM. Baudouin et Dedet; *Tresorier*, M. Suchard; *Tresorier-adjoint*, M. Depierris; *Archivistes*, MM. P. Binard et Censier. Les séances ont lieu les premiers et deuxièmes lundis du mois à 3 h. 1/2 rue de l'Abbaye, 3.

Société médicale du VI^e arrondissement. — La Société a constitué son bureau pour 1899 : *Président* : M. Richardière; *Vice-présidents* : MM. Genestève et Paul Petit; *Secrétaire général* : M. F. Boissier; *Tresorier* : M. Pruvost; *Secrétaires des séances* : MM. Ancelet et Malméjac.

Service de santé de la marine. — Sont promus : au grade de médecin en chef, M. Barrel, médecin principal; au grade de médecin principal, M. Sibaud, médecin de 1^{re} classe; au grade de médecin de 1^{re} classe, M. Estrade, médecin de 2^e classe.

Nécrologie. — M. Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, a succombé vendredi dernier à l'âge de soixante-treize ans.

M. André Dumontpallier était né à Honfleur le 8 Mars 1826. Interne des hôpitaux en 1853, docteur en médecine en 1857, chef de clinique en 1861, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1866.

En 1877, l'Académie de médecine couronna son mémoire « Contribution à l'étude des anomalies de l'éruption vaccinale ».

M. Dumontpallier s'est beaucoup occupé de gynécologie, mais dans ces quinze dernières années, il s'est plus particulièrement consacré à l'étude des maladies nerveuses. Il devint un des maîtres de l'hypnotisme, fonda à la Pitié une école d'hypnologie et présida, en 1889, le premier Congrès international de l'hypnotisme. Ses principaux travaux dans cet ordre d'idées portent sur les contractures hystériques et sur le traitement psychothérapeutique de la neurasthénie.

Il était secrétaire général de la Société de biologie depuis 1868.

Ses obsèques ont été célébrées lundi, à onze heures. Devant la maison mortuaire, les honneurs militaires ont été rendus au défunt, qui était officier de la Légion d'honneur.

Après le service funéraire, à la Madeleine, le cortège s'est dirigé vers le cimetière Montmartre, où a eu lieu l'inhumation.

— Nous apprenons la mort subite, à Menton, de M. Ch. du Pasquier, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, et celle de M. Larrieu, ancien interne des hôpitaux, chirurgien de l'Hôpital français de Constantinople.

Étranger.

— Le professeur Helfferich (de Greifswald), est appelé à la chaire de chirurgie de l'Université de Königsberg, vacante par la retraite du professeur von Esmarch.

— M. C.-R. Marshall, ancien assistant de médecine à l'Université de Cambridge, est nommé professeur de matière médicale à l'University College de Dundee.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

17 Janvier 1899.

Les moyens de défense de l'Europe contre les épidémies de peste et de choléra venant de l'Orient. — M. Proust étudie les dernières épidémies venues de l'Orient et les moyens prophylactiques à leur opposer, dans un rapport dont voici les conclusions :

1^o La peste sévit toujours dans l'Inde anglaise avec intensité, particulièrement à Bombay. De nouveaux foyers se sont montrés en Chine; elle a apparu à Madagascar;

2^o Il est d'un grand intérêt public de compléter et de perfectionner les divers moyens déjà conseillés pour prévenir l'importation de la peste en Europe;

3^o Les mesures sanitaires doivent être prises sur les frontières de terre et sur les voies maritimes;

4^o L'apparition récente de la peste dans le Turkestan a été un sujet de sérieuse attention pour l'Europe.

Sans doute, les régions peu habitées et les grands espaces constituent un moyen de défense; mais le chemin de fer transcaucasien et la navigation à vapeur de la mer Caspienne peuvent devenir un moyen de diffusion de l'épidémie.

On doit rappeler l'épidémie de choléra de 1892, qui, partie du Turkestan, est venue envahir la Transcaucasie et a poussé une expansion jusqu'à Hambourg.

Il y a lieu d'espérer que le gouvernement russe saura circonscrire et éteindre l'épidémie de peste du Turkestan, ainsi qu'il l'a déjà fait en 1878 sur les bords du Volga, lorsque la peste est apparue à Veliianka.

Cette espérance se trouve confirmée par les dernières dépêches qui nous apprennent que la peste n'existe plus à Anzola;

5^o L'attention de l'Europe doit se porter également du côté du golfe Persique, où aucune protection n'existe en ce moment, malgré le voisinage des régions contaminées, les Indes, Bombay, Kurachee.

Nous sommes, dans ces régions, à la merci d'un accident. Si la peste franchissait le golfe Persique, le bassin de la Méditerranée et l'Europe seraient bientôt envahis;

6^o Bien que des moyens de défense existent du côté de la mer Rouge, ces moyens doivent être perfectionnés et renforcés.

Les prescriptions de la Conférence de Venise n'ont pas été exécutées de façon suffisante.

La visite médicale de Suez ayant été la rançon de la suppression de la quarantaine d'observation qui était le seul moyen de défense, il est nécessaire que cette visite soit sérieuse. La protection de l'Égypte et le reste de l'Europe dépend de la façon dont est faite la visite médicale.

Afin qu'elle donne une garantie complète à la santé publique, elle doit être faite avec le plus grand soin par un personnel compétent, d'autant plus qu'on a signalé quelquefois des omissions et même de fausses déclarations de la part des médecins du bord et même de capitaines de navire.

On devra aussi isoler complètement la station sanitaire des sources de Moïse, y réorganiser le service au point de vue de l'alimentation, de la surveillance et de la désinfection.

Un médecin quarantenaire devrait traverser le canal sur les bateaux venant de Bombay afin de constater si tout est bien à bord avant de pénétrer dans la Méditerranée.

Enfin, plusieurs châlons-lazarets seront installés à Port-Saïd pour y recevoir les pestiférés qui se déclareraient pendant la traversée du canal.

Lorsqu'une épidémie de peste sévit à bord d'un navire, il faut aussitôt que possible faire descendre à la station arbitraire les malades et les personnes pouvant être contaminées, s'acharner à la destruction des rats et faire une désinfection complète du navire.

Pour remplir ces divers desiderata, il ne me semble pas nécessaire de réunir de nouvelles Conférences où on ne ferait que répéter ce qui a été déjà dit. Toutes les prescriptions importantes, en ce qui concerne la prophylaxie de la peste et du choléra, se trouvent dans les conventions de Venise, de Dresde et de Paris.

Il n'y a qu'à bien se pénétrer de l'esprit de ces règlements et à les appliquer. Malheureusement, les conditions réclamées ne sont pas toutes remplies. Ce qu'il faut, c'est que les gouvernements s'entendent pour faire exécuter ce que les Conférences ont décidé. Voilà le but à réaliser si l'on veut protéger efficacement l'Égypte, la Méditerranée et l'Europe contre des importations de peste ou de choléra.

La date de l'incorporation des jeunes soldats.

— M. Collin émet un vœu au sujet d'une proposition déposée à la Chambre des députés et à laquelle l'Académie avait déjà donné son approbation. Il s'agit de reporter au 1^{er} Octobre la date d'incorporation des jeunes soldats, qui a lieu actuellement au commencement de Novembre. Il y aurait de grands avantages à cela : la température étant moins basse en Octobre qu'en Novembre, le jeune soldat pourra ainsi plus facilement s'habituer à son nouveau métier. L'état sanitaire des troupes en sera favorablement influencé.

M. Huchard donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Dumontpallier.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

14 Janvier 1899.

M. Gellé, faisant fonction de président, annonce la mort de M. Dumontpallier, ancien vice-président de la Société, et lève la séance en signe de deuil.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

13 Janvier 1899.

Myome de la peau de la cuisse et épithéliome pavimenteux du sein. — M. Leven présente deux tumeurs enlevées par M. Schwartz chez la même malade : l'une avait pour siège la peau de la cuisse; c'est un myome pur. L'autre s'était développée au niveau du sein, et avait évolué en quelques semaines; c'est un épithéliome pavimenteux tubulé, d'origine cutanée, ayant envahi le sein par propagation.

M. Marie, qui a pratiqué l'examen histologique des pièces que lui avait confiées M. Leven, confirme la nature myomatueuse de la petite tumeur de la cuisse. On voit, d'autre part, au milieu des fibres-cellules musculaires lisses, de véritables éléments géants, à noyaux multiples. Ce qui est particulier encore, c'est l'évolution relativement rapide, en quatre mois.

La tumeur du sein est un épithéliome tubulé pur, sans lobules, sans globes épidermiques; elle est constituée par des cellules de nature malpighienne, hérissées de pointes à leur périphérie.

M. Durante fait remarquer que l'hypertrophie de certaines fibres est fréquente dans la pathologie des muscles striés.

M. Gornil confirme ce fait que de gros noyaux s'observent souvent dans les fibres musculaires des tumeurs. Le siège du myome est ici tout à fait spécial; la tumeur est dans la peau et glisse sur l'aponévrose fémorale; elle s'est vraisemblablement développée aux dépens des fibres lisses présentes à l'état normal au niveau des poils et des glandes de la peau.

Quant à l'épithéliome pavimenteux du sein, on ne publie pas souvent de cas analogues, parce que ces tumeurs sont considérées comme cutanées, et non comme mammaires proprement dites. Ici, le cancer a pris naissance au niveau du mamelon, puis s'est propagé directement dans l'épaisseur de la mamelle, en s'infiltrant entre les acini glandulaires. On rencontre assez souvent des tumeurs, même relativement volumineuses, au niveau de la peau du mamelon ou dans son voisinage immédiat, mais il est exceptionnel de voir un cancer cutané envahir par propagation la mamelle dans des proportions aussi considérables.

Deux cas de broncho-pneumonie hémorragique chez le nourrisson. — M. Marcel Labbé montre des coupes histologiques de 2 cas de broncho-pneumonie hémorragique provenant de l'autopsie de nouveau-nés débiles. Il est très fréquent de rencontrer dans ces circonstances des ecchymoses sous-pleurales et des hémorragies intra-pulmonaires associées à des lésions de broncho-pneumonie parfois très minimes. Au microscope, on trouve des hémorragies intra-alvéolaires plus ou moins étendues, accompagnées de lésions de pneumonie catarrhale. La pathogénie de ces hémorragies peut se résumer ainsi : congestion intense, faible résistance des parois vasculaires chez les nouveau-nés débiles, altérations sanguines dues à l'infection.

Fibromes de la rate. — M. Nathan-Larrier présente une rate parsemée de quatre fibromes de la grosseur d'une noisette, logés en pleine substance splénique et sans rapport avec la capsule d'enveloppe. Au microscope, il s'agit de fibromes purs. Comme la malade avait succombé à la phthisie pulmonaire aiguë, on aurait pu se croire en présence de tubercules.

Fracture de la base du crâne. — M. Georges Luys présente le crâne d'un homme qui, étant en état d'ivresse, tomba à la renverse dans un escalier. Au moment où il fut amené à l'hôpital Necker, il perdait abondamment du sang par l'oreille gauche et présentait de la contracture du bras droit. Ce phénomène disparut bientôt pour faire place à une hémiplegie gauche.

L'autopsie donna la clef des phénomènes observés : on constata d'abord une fracture oblique du rocher gauche s'étendant jusqu'au sinus sphénoïdal; puis un épanchement extra-dure-mérien peu considérable dans la zone décollable du côté gauche, dû à la déchirure de l'artère méningée moyenne; enfin, un épanchement sous-dure-mérien énorme sur tout le côté droit, dû vraisemblablement à la déchirure d'un vaisseau de la pie-mère au niveau d'un foyer de contusion cérébrale localisé au pôle opposé à la fracture.

Symphyse cardiaque tuberculeuse. — M. Prosper Merklen apporte le cœur d'un sujet, tuberculeux du sommet, qui a succombé dans l'asthénie, sans que la digitale ait pu le soulager.

A l'autopsie, on trouva une caverne tuberculeuse ne

plein sommet du poumon, un foie et des reins cardiaques, et d'autre part une symphyse péricardique totale que rien n'avait pu faire soupçonner. La nature tuberculeuse de la lésion du péricarde n'a pu être établie que par l'examen microscopique (cellules géantes et calcification). Il n'y avait pas d'adénopathie médiastine.

Sarcome de l'apophyse coracoïde. — M. Glantany présente une tumeur apparue dans la région coracoïdienne, chez un homme de quarante-neuf ans, et ayant évolué en quelques mois en provoquant de l'impotence, mais pas de douleur. On porta le diagnostic de sarcome de l'apophyse coracoïde, que confirma l'opération. On vit, de plus, que la tumeur s'était développée au niveau de la portion réfléchie de l'apophyse, et que les muscles s'insérant à ce niveau et le ligament suspenseur de l'aisselle étaient infiltrés.

Lipome de l'avant-bras. — M. Meslay montre des coupes de la tumeur de l'avant-bras, intéressant le nerf médian, que M. Péraire a présentés dans une séance précédente. Il s'agit bien d'un lipome, dissociant le nerf, avec épaississement notable de la gaine des filets nerveux.

Volumentueux cancer du foie secondaire à une très petite tumeur œsophagienne. — M. Letulle a examiné les coupes de ce cas de cancer énorme du foie coïncidant avec une petite saillie végétante de la partie inférieure de l'œsophage, que M. Bacalogliu a apporté précédemment. Contrairement à l'opinion première, c'est bien d'un cancer secondaire du foie qu'il s'agit, par généralisation d'un épithéliome pavimenteux tubulé à type malpighien de l'œsophage, à une très petite distance du cardia.

M. Marie fait remarquer que voilà 2 cas d'épithéliomes pavimenteux tubulés présentés dans la même séance, et que, dans ces 2 cas, la marche a été rapidement très envahissante. Il semble, en effet, que ce type de cancer soit plus grave que celui où l'on constate des globes épithéliomiques.

Hernie inguinale congénitale de la trompe. — M. Wiart apporte un cadavre d'enfant, provenant de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sur lequel il a trouvé une hernie congénitale de la trompe, du côté gauche.

M. Demoulin a opéré cette année un cas de hernie de la trompe, où il y avait adhérence avec le sac; la traction pouvait amener au jour l'ovaire. C'est l'aïeuler de la trompe qui contracte l'adhérence.

V. GUIFFON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

12 Janvier 1899 (suite.)

Malformations monstrueuses du crâne chez un hérédo-syphilitique d'origine paternelle. Aplatissement et atrophie des circonvolutions psychomotrices. Syndactylie des doigts et des oreilles. — MM. Gastou et Edmond Fournier. Les pièces montrées à la Société ont été obtenues par la congélation et la coupe du crâne d'un enfant atteint de malformations monstrueuses. L'observation recueillie dans le service de M. Maygrier figure dans la thèse de M. Ed. Fournier sous le nom de méningocèle frontale.

L'examen de la coupe montre qu'il s'agit d'atrophie par compression des circonvolutions psychomotrices, par aplatissement latéral des os frontaux et pariétaux. On ne peut, dans ce cas, incriminer l'application du forceps nécessaire pour l'extraction de l'enfant. Les altérations osseuses se sont produites *in utero* et sont en relation probable avec l'hydramnios qu'a présentée la mère de l'enfant. C'est là un cas remarquable de dystrophie osseuse hérédo-syphilitique, cas dont l'histoire complète sera publiée ultérieurement.

Méthode de Cerny-Trunczek et antiseptisme combinés dans le traitement de l'épithélioma lingual.

— M. Gastou. Le malade que nous vous présentons a été considérablement amélioré par les deux traitements auxquels il a été soumis. C'est surtout de ces traitements que nous désirons vous parler. A l'épithélioma se surajoutait ici une glossite infectieuse constatée par biopsie : contre l'épithélioma nous avons institué un traitement qui peut paraître hasardé, mais qui, en réalité, n'a causé aucun accident ; nous avons employé le liquide arsénical de Cerny-Trunczek en procédant d'abord avec de faibles doses d'arsenic pour arriver peu à peu jusqu'à 1 pour 450. Les douleurs ont été à peu près nulles et l'amélioration très manifeste. Contre la glossite, nous avons institué un traitement antiseptique dont le sublimé a fait les frais. On a dit que le sublimé noircissait les dents ; nous serons heureux d'avoir l'opinion de la Société à cet égard. Nous voulons surtout demander si l'on est autorisé, dans ces épithéliomas de la langue, à tenter la méthode de Cerny ?

M. Galippe. La formation d'un précipité noir ou d'une réduction de sels mercuriels au niveau des dents nous semble surtout sous la dépendance de leur état au moment où l'on emploie ce sel. Nous n'avons pas eu à regretter cet accident.

M. Tennesson. C'est en 1890 dans le *Journal des Connaissances médicales*, que M. Galippe a publié ses re-

cherches sur la prophylaxie et le traitement de la stomatite mercurielle par les topiques mercuriels. Considérant la stomatite comme la conséquence d'un parasitisme secondaire, il préconise les badigeonnages avec une solution forte de bichlorure de mercure. Ceci ne veut pas dire que la stomatite mercurielle n'existe pas en tant qu'accident du mercure ; il y a lieu en effet de distinguer deux phases dans cette affection : la première est une congestion et une desquamation consécutive exclusivement mercurielles ; la seconde est la phase ulcéreuse et d'infection secondaire, comme nous le disions dans le *Journal des Praticiens* en 1895.

Depuis cette époque, le traitement de la stomatite a fait un pas en avant grâce à l'emploi de savons mercuriels imaginés par Prost et qui rendent possible d'éviter complètement la phase ulcéreuse de la stomatite. Grâce à ce savon, il est possible en pleine stomatite de continuer le traitement mercuriel ; les ulcérations se cicatrisent à vue d'œil et sont bientôt guéries. Chez les malades dont les gencives sont ulcérées, les premiers savonnages doivent être faits sous la surveillance attentive du médecin ; les malades hésitent toujours à passer la brosse rude sur les gencives saignantes. Les préparations mercurielles ne noircissent pas les dents ; le nitrate d'argent seul a cette influence.

M. Fournier. Nous avons vu, chez des sujets dont les dents étaient très bien tenues et très belles, le sublimé occasionner une coloration grisâtre de l'émail ; nous ne connaissons pas les conditions qui favorisent cette coloration.

M. Mauriac. Ce noircissement existe en dehors de toute cause apparente ; on le voit se produire dans les bouches dont la dentition est intacte et où il est impossible de découvrir la moindre trace de tartre et où le nitrate n'a pas été employé.

M. Galippe. Il est possible d'avoir raison de cet inconvénient par l'emploi de l'eau oxygénée après avoir enlevé mécaniquement la couche très légère de tartre qui peut exister à la surface de dents même soignées.

M. Moty. Pour éviter cet inconvénient à coup sûr, nous nous servons d'une solution au dixième d'acide salicylique dans l'alcool.

M. Galippe. Cette coloration est, sans doute, due à la réduction du sel mercuriel, peut-être à son passage à l'état de sulfure sous l'influence des matières organiques en voie de transformation.

M. Gastou. Nous rappelons à la Société que nous lui avons également demandé son avis sur l'opportunité de la méthode Cerny-Trunczek dans le traitement de l'épithélioma lingual.

M. Besnier. Il est surprenant que l'on puisse, sans observer d'accidents, introduire dans la bouche une solution dont le titre est élevé et que l'on est obligé d'employer assez largement. Quelle circonstance particulière rend ici l'arsenic inoffensif ?

M. Danlos. Après les badigeonnages arsénicaux, on observe une exsudation abondante ; cette exsudation occasionne un crachement qui entraîne avec lui une partie de la solution restée au contact de l'ulcération.

M. Besnier. Il semble, en tout cas, nécessaire de prendre dans l'emploi de ce topique les plus rigoureuses précautions et d'espacer suffisamment les badigeonnages en employant des quantités du topique aussi faibles que la nécessité le permet.

Il serait utile de rechercher l'arsenic dans l'urine des malades.

M. Vérité. Les alcalins qui permettent de faire supporter de grandes doses d'arsenic chez les individus normalement intolérants seraient peut-être utiles ici.

Vergetures consécutives à des syphilides. — M. Danlos. Ce cas nous a paru intéressant parce que nous avons pu voir des syphilides papuleuses confluentes se transformer *in situ* en vergetures.

Perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne. — M. Morel-Lavallée. Nous avons pu recueillir deux cas où des sujets ayant eu double orchite avaient pu occasionner la grossesse chez leurs femmes. Ceci prouve que, comme on tend à l'admettre actuellement, et comme le pensent beaucoup de chirurgiens des hôpitaux, la fonction testiculaire n'est pas irrémédiablement perdue quand il y a eu orchite double.

M. Besnier. La seule façon d'en être certain serait d'examiner le liquide spermatique de ces sujets.

M. Jullien. Il existe des statistiques cliniques qui appuient cette manière de voir.

M. Morel-Lavallée. Ces statistiques ne sont pas suffisamment étayées par des faits d'expérimentation, elles n'entraînent pas la conviction, des recherches sont à faire de ce côté.

De l'emploi des verres bleus en syphiligraphie. — M. Jullien. Le procédé est connu depuis la thèse d'André Broca, en 1893, et a, de plus, été signalé récemment par Hoan (du Havre). Nous l'employons dans notre service depuis 1895. On se sert d'un simple binocle aux verres bleus de cobalt ; il faut éviter un éclairage trop éclatant et se souvenir que, le rouge et le jaune étant interceptés, le champ examiné est uniformément bleuté et que tout se réduit à des changements d'intensité dans le dessin d'une teinte uniforme.

Le moyen est précieux pour la prévision des éruptions avant que l'œil ne les puisse percevoir et pour la révélation des éruptions frustes. Ces caractères ne sauraient

suffire la plupart du temps pour affirmer l'existence d'une syphilis. Mais nous devons insister surtout sur les résultats de l'expérience longtemps continuée. Après les périodes de durée ordinaire, après des semaines, après des mois, parfois des années, la perception de la roséole à verre bleu atteste la peau indéfiniment imprégnée par les germes et la nécessité du traitement. Les poussées considérées comme nouvelles ne sont alors que des réveils de l'ancienne éruption. Un pareil moyen, utile encore dans la syphilis tertiaire et l'étude des cicatrices, nous éclaire sur l'anatomie pathologique et ses processus intimes et sert également, en aidant aux diagnostics difficiles, la cause de la thérapeutique et celle de la médecine légale.

Troubles trophiques dans une paralysie hystérique. — MM. Hallopeau et Constansoux. Il s'agit d'un jeune hystérique porteur d'ulcérations qui se sont développées sous l'influence d'un œdème bleu ; ce mode pathogénique n'avait pas encore été signalé ; selon toute vraisemblance, le trouble de nutrition dont témoignent ces lésions cutanées s'est produit comme un résultat des perturbations dans l'innervation vaso-motrice qui sont la cause prochaine de cet œdème, à l'instar de ce qui se produit dans la maladie de Raynaud, et non par une intervention directe des nerfs trophiques.

Lésions veineuses dans la syphilis. — MM. Fournier et Loeper. Nous avons vu, chez trois syphilitiques, les veines s'indurer et devenir analogues à des ficelles qui roulaient sous la peau. Sous l'influence du traitement, cette lésion a peu à peu regressé.

M. Besnier. Ces lésions sont dues, non à l'endophrébite, mais à la périphlébite.

E. DE LAVARENNE.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du lupus par le permanganate de potasse.

Le traitement du lupus par les applications locales de permanganate de potasse, qui a donné de très beaux résultats à M. Kaczanowski (de Saint-Pétersbourg) doit être conduit de la façon suivante.

Si l'on a à traiter un lupus dont la surface est couverte de croûtes sèches, on commence par faire tomber celles-ci en les ramollissant d'abord par l'application d'un corps gras et en les enlevant au bout de quarante-huit heures, au moyen d'un lavage à l'eau tiède et au savon. La surface étant ainsi bien détergée, on l'assèche soigneusement et on la saupoudre avec du permanganate de potasse en nature, finement pulvérisé. L'épaisseur de la couche de ce sel, mis sur toute la surface du lupus, doit être de 2 à 3 millimètres. Par-dessus le permanganate, on applique une couche épaisse de coton hydrophile stérilisé, qu'on fixe et qu'on maintient en place par une bande de tarlatane. En plaçant la couche de coton hydrophile, il faut avoir soin que ses bords dépassent ceux du placard lupique.

Si ce pansement doit être appliqué au voisinage des yeux, dans lesquels la poudre de permanganate pourrait pénétrer, on les recouvre préalablement d'une couche d'ouate qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, on la retire, car la poudre de permanganate, étant mouillée et fixée par les sécrétions de la plaie, ne peut plus atteindre les yeux. De même quand le pansement doit être fait au voisinage de la cloison du nez, on introduit préalablement dans l'orifice des narines un tampon d'ouate qu'on retire au bout de vingt-quatre heures.

Le pansement au permanganate de potasse est laissé en place jusqu'au moment où il est traversé par les sécrétions. On l'enlève alors et l'on nettoie la plaie avec de l'eau boriquée ou de l'eau phéniquée, ou encore avec une solution de permanganate de potasse, quand il existe une odeur de putréfaction. Le lavage fait, on saupoudre la plaie avec de l'iodoforme et on fait par-dessus un pansement avec de la gaze stérilisée ou phéniquée. Lavage et pansement sont faits d'abord deux fois par jour, puis tous les jours, et, plus tard, tous les deux ou trois jours, suivant l'abondance des sécrétions. Si la cicatrisation se fait lentement, on peut badigeonner les bourgeons avec une pommade au nitrate d'argent.

Une seule application de permanganate de potasse suffit généralement ; mais si, pendant la cicatrisation, on voyait apparaître des foyers suspects, une seconde application serait nécessaire.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris — L. MARETTEUX, imprimeur, 1, rue Cessette.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le Vin de Vivien

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

Xéroforme

est le seul produit capable de remplacer avantageusement l'iodoforme. Il coûte d'abord moins cher que l'iodoforme, et dans son emploi il ne faut qu'un quart du poids de l'iodoforme; il est dépourvu d'odeur, nullement toxique et puissamment bactéricide. Avec lui, pas d'éruptions médicamenteuses à redouter, pas d'eczéma!

Littérature et échantillons gratuits: L. Barberon, 15 Place des Vosges, Paris.

Affections de la Poitrine et des Voies respiratoires
CAPSULES LANOS

à l'ICHTHYOL, TERPINOL et BROMOFORME

DOSE : 4 à 6 capsules par jour.

SE TROUVE dans toutes les PHARMACIES
Dépôt général Pharm. LANOS, AVRANCHES

VENTE EN GROS :
MONNOT-BARTHOLIN, 43, rue Grenier-St-Lazare.

- GRANULÉE
1 cuillerée à café équivaut à quatre cuillerées d'huile de Foie de Morue... Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES
1 dragée équivaut à une cuillerée à bouche d'huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.
- ÉLIXIR
On croit boire du Vin d'Espagne. 1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP
1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.



La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'huile de Foie de Morue

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques

Délicieuse au goût Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'huile de Foie de Morue est indiquée: Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'huile de Foie de Morue.

DÉPÔT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

.... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 23, rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

HÉMORRHAGIES LYMPHATISME
ANÉMIE CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS



OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.

Oxyhémoglobine

ET

Glycérophosphate

de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Lacombe,
 Membre de l'Acad. du médecin.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaud.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaire adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

GANGRÈNE DE LA MAIN PAR EMBOLIE AU COURS D'UNE PLEURÉSIE PUTRIDE, par M. C. GIRAUDEAU. 33

MÉDECINE PRATIQUE

Recherche du bacille tuberculeux dans les crachats, par M. CATRIN. 35

Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine, par M. DELAUNAY. 35

ANALYSES

Anatomie et physiologie : Énergie, entropie, pensée, par M. AMÉLINE. 35

Pathologie générale : Diarrhée et infection urinaire, par M. CARLIER. 36

Bactériologie : Sur la présence de bacilles semblables au bacille diphtérique dans le sac conjonctival humain, et, spécialement, de la conjonctive normale; contribution au diagnostic précoce de la diphtérie, par M. H. HEINRICHSDORFF. 36

Médecine expérimentale : L'action protectrice du poumon, par MM. G. BOHRT et G. GIURANNA. 36

Rhinologie, otologie, laryngologie : Cholestéatome; abcès cérébral; ponctions intracutaneuses le quarante et unième jour du traitement; moût subite le cinquante-cinquième jour, par MM. THOMAS et LAUTAIL. 36

Thérapeutique et matière médicale : De la ponction lombaire dans l'hydrocéphalie chronique et la méningite séreuse, par M. F. BAUSCH. 36

La Société anatomique, par M. V. GRIFFON. 25

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Sur l'appendicite M. SCHWARTZ. MM. GUINAUD, REYNIER, LEJARS. — Kyste dermoïde de l'ovaire chez un enfant de deux ans, M. HUE. — Pyloro-ectomie pour carcinome, M. TUFFIER. — Paralysie du plexus brachial par élévation du bras, M. TUFFIER. 26

Société médicale des hôpitaux : Tuberculose d'inoculation directe probable de la gorge. Perforation du voile du palais, M. H. BARBIER. MM. LERMOYEZ, RENDU. — Xanthélasma survenu après la disparition de la glycosurie chez un diabétique, MM. L. RÉNON et R. FOLLET. — L'épithérapie thyroïdienne dans certaines dystrophies (neurasthénie, polyarthrite déformante,

myxœdème fruste), M. PAUL CLAISSER. — Chancre syphilitique du sein, M. DANLOS. — Possibilité de pleurocellulite diffuse subaiguë, dans le cours de la pleurésie sèche d'origine grippale, M. MORIL-LAVALLÉE. MM. DELREUCH, BARBIER, RENDU. — Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique, M. LERMOYEZ. 27

Société anatomique : Maladie d'Addison; tuberculose localisée aux capsules surrénales, M. HAUSER. — Kyste du rein, M. HAUSER, M. CORNIL. — Plaie du cœur par balle de revolver; essai de traitement chirurgical, M. BURNOR. — Occlusion intestinale par cancer de la région iléo-cæcale, MM. BACALOGU et PAGNEZ. — Silon antéro-postérieur du foie, M. BACALOGU. — Symphyse du péricarde avec plaques ossiformes, M. BACALOGU. — Fibrome, avec inclusions épidermiques, d'origine traumatique, chez un chien, M. LEFAS. — Cirrhose alcoolique, hypertrophique, diffuse, bi-veineuse et péri-capillaire, MM. THOINOT et GRIFFON. — Hématémèse par varices œsophagiennes, dans un cas de cirrhose hépatique latente, M. MARMASSE. 28

Société médico-chirurgicale : Valeur sémiologique et thérapeutique de la stabilité os de l'instabilité du poulx dans les maladies, M. HUGHARD. 28

Société de thérapeutique : Un nouvel anesthésique local - le chlorure d'éthyle à la cocaïne, M. BARDET, MM. BOLOGNÉSI et F. TOUCHARD, MM. FERRAND, BOLOGNÉSI. — Quelques considérations sur la médecine créesotée, M. BURLUREAUX. 29

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE — Société de médecine berlinoise : Chancres syphilitiques de la plante du pied, M. LESSER, MM. WALDRYER, LESSER. — Acné et kéléide, M. BURCHKE. — Idiotie à type mongol, M. NUTMANN. 30

Société de médecine interne de Berlin : Modifications de la moelle épinière dans la paralysie périphérique, M. JAKOBSON. 30

ILES BRITANNIQUES — Société médico-chirurgicale de Londres : Anévrisme de l'aorte, destruction des racines sensitives; paraplégie, MM. TUNNEY et BALLANCE. 30

Académie de médecine d'Irlande : Rupture spontanée de la portion ascendante de l'aorte, M. LEMMON. — Anévrisme de la portion descendante de l'aorte ayant perforé l'œsophage, M. THOMSON. 30

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement préventif du coma diabétique. 30

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie. 30

Répertoire thérapeutique. 30

INSTITUT ZANDER
 21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la bactériologie, aux protozoaires et aux parasites. Rédacteur principal : Docteur Miquel, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. Départements et Union postale, 22 fr. (GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

RENSEIGNEMENTS

Jeune docteur désirerait acquérir clientèle médicale à Paris. S'adresser au journal (343).

Un docteur en médecine demande à faire remplacement à Paris ou environs. S'adresser Dr B. (344), au bureau du journal.

Pour une clinique. On demande, en participation, spécialistes des yeux, des oreilles et du larynx, veaux, voies urinaires. S'adresser au journal (345).

Clientèle à céder pour cause de décès, boulevard Voltaire. S'adresser à M. Netter, boulevard Saint-Germain, 129.

La commune de Valloires (Savoie) demande un médecin. *Avantages* : jouissance d'une maison de maître avec jardin et gros meubles. Allocation annuelle de 2.500 francs. Faculté de faire la pharmacie. Le médecin peut desservir plusieurs communes environnantes. *Charges* : soigner gratuitement les pauvres de la commune.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Un concours pour deux places sera ouvert le Jeudi 23 Mars à midi, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 20 Février et sera clos le samedi 4 Mars à 3 heures.

Entrée en fonctions des internes et externes des hôpitaux. — L'administration de l'Assistance publique, faisant droit à une pétition des internes des hôpitaux, a, après avis conforme du Conseil supérieur, fixé au 1^{er} Mars le renouvellement et l'entrée en fonction des élèves dans les services des hôpitaux. Cette date sera définitivement maintenue pour les années ultérieures.

Avec approbation du Conseil supérieur, l'administration maintiendra jusqu'au 1^{er} Mai dans leurs fonctions les internes des hôpitaux de la promotion d'il y a quatre ans, qui faite tardivement, part du 1^{er} Mai. Elle reconnaîtra toutefois leur année entière à ceux des internes qui voudront cesser dès le 1^{er} Mars.

Direction des hôpitaux. — Le mouvement suivant vient d'avoir lieu dans la direction des hôpitaux par suite du remplacement de M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, admis à la retraite, et du décès de M. Parturier, directeur de l'hospice Brezin, à Garches :
 M. Montreuil, directeur de Lariboisière, passe à la Salpêtrière; M. Faure, directeur de la Maison de Santé, passe à Lariboisière; M. Leblanc, directeur de Bichat, passe à la Maison de Santé; M. Aubert, directeur d'Aubervilliers, passe à Bichat; M. Dussant, économiste à Tenon, est nommé directeur d'Aubervilliers; M. Magdelaine, économiste à la Charité, est nommé directeur de l'hospice Brezin à Garches.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
 Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
 (Angine de poitrine)

POUGUES Toni-ALCALINE

TECHNIQUE MICROSCOPIQUE, APPLIQUÉE A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET A LA BACTÉRIOLOGIE. Manuel pratique, par C. VON KAILDUS, professeur à l'Université de Bruxelles. 1 vol. in-8° raisin, de 200 pages. Prix : 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

NOUVELLES

Paris et Départements.

Distinctions honorifiques. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Boisseau, directeur du service de santé du 6^e corps.

Au grade d'officier : MM. Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Annequin, Viry, Benoit, Moret, Defos du Rau et Magdelaine, médecins de l'armée active; Doué, médecin de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Hanriot, agrégé à la Faculté de Paris; de Brun du Bois-Noir, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth; Bastide, médecin de l'hôpital français de Saint-Louis; Bony, Masson, Petit, Reboud, Orion, Bourbon, Bonnet, Prieur, Cahier, Loup, Vaek, Depeyron, Lebastard, Duroux, Descosse, Lejeune et Raynal, médecins de l'armée active; Rumen et Berthelon, médecins de l'armée territoriale; Pons, Flandrin, Kergrohen, Audibert, Branellec, Suard, Negretti et Sévère, médecins de la marine.

Septième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques. — Ce congrès sera tenu à Paris, du 4 au 9 Avril 1899.

Voici le programme des questions soumises aux assemblées générales :

Mardi 4 Avril. — Le rôle de la jeunesse universitaire dans la lutte contre l'alcoolisme. Le rôle des établissements d'enseignement secondaire (lycées, collèges, gymnases, etc...) dans la lutte antialcoolique.

Mercredi 5 Avril. — De l'enseignement antialcoolique après l'école primaire. Des sociétés scolaires et post-scolaires de tempérance. Préparation du personnel enseignant à la lutte antialcoolique dans l'école et hors de l'école. Société de tempérance entre instituteurs.

Judi 6 Avril. — L'alcoolisme et les conditions du travail chez l'ouvrier : A) dans les villes. 1^o L'alcoolisme à l'usine; 2^o accidents du travail; 3^o infirmité économique de l'alcoolique; 4^o l'alcoolisme et la réduction du temps de travail. B) dans les campagnes.

Vendredi 7 Avril. — D'une entente entre les Etats pour la protection des races indigènes contre l'alcool. De la lutte antialcoolique dans l'armée et par l'armée (armées de terre et de mer).

Le Samedi 8 Avril sera réservé aux divertissements dont le programme sera publié ultérieurement ainsi que celui des fêtes et réceptions qui auront lieu pendant le Congrès.

Une conférence publique aura lieu le **Mercredi soir 5 Avril**, à 8 heures : 1^o Du rôle de la femme dans la lutte antialcoolique. — 2^o Le clergé et les ministres des divers cultes dans la lutte contre l'alcoolisme.

Pour adhérer au Congrès, envoyer, avec son adhésion un mandat de cinq francs à M. le Dr Boissier, secrétaire général, 18, rue de Condé, Paris.

Sixième Congrès international d'otologie. — Ce Congrès aura lieu à Londres du 8 au 12 Août 1899.

Le lundi soir, 7 Août, réception de bienvenue par le président du Congrès, M. Urban Pritchard, professeur d'otologie au King's College de Londres.

Séances du Congrès les 8, 9, 10, 11 Août.
Le samedi, 12 Août, voyage de plaisir pour tous les membres du Congrès. Pendant la semaine, plusieurs excursions de moindre durée.

Le Collège Royal des Médecins de Londres et le Collège Royal des Chirurgiens de l'Angleterre ont gracieusement mis à la disposition du Congrès les salles d'Examination Hall, Victoria Embankment, à Londres.

Les langues officielles des séances sont : l'anglais, le français, l'allemand et l'italien.

Le montant de la cotisation, y compris le compte rendu, est fixé à 25 francs, qui doivent être versés, avant l'ouverture du Congrès, entre les mains du trésorier, A. E. Dumberbatch, 80, Portland Place, Londres, W.

Les « Indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne purulente chronique » seront l'objet d'une discussion spéciale.

Les adhésions doivent être envoyées aussi promptement que possible, et, en tout cas, avant le 1^{er} Mai. Avant cette date le titre des travaux à communiquer au Congrès, accompagné d'un court résumé, doit être adressé au secrétaire général. Le règlement d'accordant que quinze minutes pour chaque lecture, tout mémoire qui dépasserait cette limite devra être condensé.

On est prié de prévenir si l'on a l'intention d'assister seul au Congrès, ou si l'on sera accompagné d'une ou de plusieurs dames.

Répondre à M. E. Creswell Baber, 46, Brunswick Square, Brighton.

Société de chirurgie. — ELECTION COMPLÈTE DU BUREAU. — Sont nommés, pour l'année 1899, Président : M. Pozzi; Vice-Président : M. Richelot; Secrétaires : MM. Routier et Jalaguier; Archiviste : M. Brun; Trésorier : M. Walther.

Société médico-chirurgicale de Paris. — Séance du Lundi 23 Janvier 1899. — M. Lussadat et M. Bourdel : Rapports sur la candidature de M. Bouchinet. — M. Galland-Gleizes et M. Boursier : Rapports sur la candidature de M. Leven. — Discussion sur l'hypertension artérielle et ses conséquences. Orateurs inscrits : MM. Huchard, Bouloumié, Gautret, Berthod, Moutier, Tripet. — M. Gautret : Le sérum pré-tuberculeux hyperacide. — Discussion sur la proposition de M. Dauchez, relative au changement du siège des sèances. — M. Bouloumié : Pathogénie des lithiases biliaires. — M. Dubrisay : Un cas de stercorémie pendant les suites de couches. — M. Forestier : Le réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique.

Conférence d'externat. — MM. Alexandre, Huguier, Laubry, Lortat-Jacob, Mouchotte, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le samedi 4 Février, à 3 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

Cours pratique de psychothérapie et d'hypnologie. — M. Bérillon commencera un cours pratique de

psychothérapie et d'hypnologie, à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, le jeudi 26 Janvier, à 10 h. 1/2. Il le continuera tous les jeudis, à la même heure. Plusieurs conférences seront consacrées à l'étude pratique des applications de la suggestion hypnotique à la pédagogie et à l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés.

Subvention aux hôpitaux et hospices. — M. Gustave Rivet a demandé récemment, à la Chambre des députés, l'inscription, dans la loi de finances, d'une disposition nouvelle décidant que « chaque année une somme de 100,000 francs sera prélevée sur les fonds du pari mutuel pour être répartie, par le ministre de l'intérieur, en subvention aux hôpitaux et hospices publics les plus pauvres ».

L'hygiène chez les coiffeurs. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Bezancon, chef de la deuxième division de la préfecture de police, a donné lecture d'une lettre de M. Charles Dupuy, président du Conseil des ministres, concernant l'emploi des lotions à base d'éther et de pétrole employées par les coiffeurs.

Le ministre avait été saisi de la question par un rapport du professeur Bourgoïn, faisant ressortir les dangers que présente la manipulation et l'emploi de ces produits, dangers qui lui avaient été signalés sur le vœu émis par le Conseil d'hygiène et tendant à leur interdiction générale.

Le Comité consultatif d'hygiène de France, saisi de cette question, a également émis l'avis que ces liquides, dont l'emploi a occasionné un certain nombre d'accidents, présentent, en raison de leur inflammabilité, de sérieux dangers, sans posséder d'autre part les propriétés qu'on leur attribue.

Dans ces conditions, le ministre estime qu'il serait désirable d'en restreindre autant que possible l'emploi. Toutefois, cet emploi étant assez limité, il ne semble pas nécessaire de faire de sa prohibition l'objet d'une réglementation spéciale.

Il me paraît préférable, ajoute le ministre, que votre administration qui, sur l'avis du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, a, au mois d'août 1897, appelé, par l'intermédiaire de leur chambre syndicale, l'attention des coiffeurs sur les dangers de contagion de certaines maladies du cuir chevelu et sur les moyens de les éviter, complétât ces instructions si utiles en leur signalant les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi des lotions dont il s'agit, et qui ne sont compensés par aucun avantage.

Les coiffeurs, dont l'intérêt personnel est de donner satisfaction à leurs clients et de ne pas les exposer à des accidents qui engagent leur propre responsabilité, ne manqueraient pas d'accueillir avec déférence l'avis qui leur sera donné. En les engageant seulement à ne pas faire usage de lotions à base de pétrole, l'Administration aura rempli le rôle de surveillance qu'elle doit exercer sur tout ce qui concerne la santé publique, et les accidents, s'il venait à s'en produire, ne lui seraient point imputables.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté pendant la deuxième semaine 948 décès, chiffre presque identique à celui de la semaine précédente (946) et sensiblement inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de Janvier (1088).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre très voisin de la moyenne (5). La rougeole en a causé 8, la scarlatine 6, la coqueluche 10 et la diphtérie 8. Tous ces chiffres s'écartent peu des résultats moyens des semaines de Janvier.

La diarrhée infantile conserve, pendant cet hiver d'une extraordinaire douceur, la rareté relative qui lui est habituelle pendant cette saison. Elle a causé 25 décès (au lieu de 29 pendant la semaine précédente et au lieu de 30, moyenne ordinaire des semaines de Janvier).

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 135 décès, au lieu de 138 pendant la semaine précédente et au lieu de 188, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 30); bronchite chronique, 28 décès (au lieu de la moyenne, 38); broncho-pneumonie, 43 décès (au lieu de la moyenne 60); pneumonie, 52 décès (au lieu de la moyenne 60).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 43 décès, dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 6 décès ont été attribués à la grippe. La pleurésie pulmonaire a causé 473 décès (au lieu de la moyenne 195); la méningite tuberculeuse, 16 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 23 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 83 décès; les maladies organiques du cœur, 69 décès; le cancer a fait périr 41 personnes. Enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

Etranger.

— On a signalé, avec raison, la bonne organisation du service médical de l'armée anglo-égyptienne, pendant la récente expédition du Soudan. Voici, d'après le *Scientific American*, comment il était composé et comment il fonctionnait.

Un médecin était affecté à chaque bataillon d'infanterie ou de cavalerie, ou à chaque batterie d'artillerie; dans chaque bataillon, 32 hommes exercés étaient désignés d'avance pour, en cas de besoin, donner les premiers soins aux blessés ou malades et assurer leur transport dans les hôpitaux volants qui suivaient les brigades; chaque brigade disposait de cinq hôpitaux de ce genre avec médecin et 25 hommes pour chacun, sous les ordres d'un médecin principal.

De ces hôpitaux volants, les blessés étaient transportés, aussitôt que possible, à des embarcations amarrées sur le fleuve et pouvant recevoir 200 hommes. Deux installations pour la production et l'utilisation des rayons Röntgen avaient été faites sur ces bateaux.

Entre Khartoum et Athara, il y avait huit lignes d'hô-

pitaux de communication de chacun 50 lits; au camp d'Athara, on avait édifié un hôpital un peu plus confortable pour 250 hommes, qui recevaient les soins de 6 médecins.

Enfin, l'hôpital d'Athara était relié par des trains spéciaux à deux autres hôpitaux construits en aval, l'un à Abadéh, l'autre à une vingtaine de kilomètres de Berber. Chaque canonnière, toujours de première qualité, n'ont jamais fait défaut.

— Récemment est mort à Londres un homme âgé, chez lequel, à l'autopsie, on n'a trouvé qu'un seul pommou, et les journaux politiques anglais qui rapportent le fait de prétendre qu'aucun cas de ce genre ne se trouve consigné dans la littérature médicale. Est-il besoin de rectifier cette erreur? Déjà en 1733, Petit (de Paris), signalait un cas d'absence congénitale d'un pommou. Dans son *Traité d'anatomie pathologique*, publié en 1812, l'anatomiste Meckel en relevait six. En 1883, Schuchardt en consignait six autres dans les *Archives de Virchow*, et peu après Münchmeyer publiait une relation de deux anomalies du même genre, ce qui portait alors à quinze le nombre de ces cas.

— M. Santini, le promoteur de la croisade dirigée en Italie contre les médecins étrangers, vient de saisir à nouveau le Parlement italien de cette question. Quinze cents médecins étrangers, prétend-il, exercent illégalement la médecine dans le royaume. Le président du Conseil a répondu que le danger signalé par l'interpellateur était imaginaire, que les lois autorisaient les médecins étrangers, pourvus de diplômes suffisants, à pratiquer leur art en Italie, et que l'administration était suffisamment armée à l'égard de ceux qui ne sont pas qualifiés pour exercer cette profession. Tout ce qu'il pourra faire, c'est d'engager une action diplomatique pour obtenir des autres pays un traitement de réciprocité pour les médecins pourvus de diplômes italiens.

— Depuis environ deux ans, une véritable épidémie de tétanos, qui a fait un assez grand nombre de victimes, règne à la Clinique gynécologique de l'Université tchèque de Prague et dans l'École-annexe de sages-femmes. Ces cas d'infection se renouvellent d'une façon persistante, malgré l'emploi du sérum, et se sont étendus également à la Clinique gynécologique de l'Université allemande, si bien qu'on a dû renoncer provisoirement à l'admission des malades.

— M. Clemens est nommé privatdocent de médecine interne, et M. Sellheim privatdocent de gynécologie à l'Université de Fribourg.

— M. C.-R. Marshall, ancien assistant de médecine à l'Université de Cambridge, est nommé professeur de matière médicale à l'University college de Dundee.

— M. Todaro, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Rome, est nommé doyen de ladite Faculté. M. Trambusti est nommé professeur de pathologie générale, et M. Carrara professeur extraordinaire de médecine légale à l'Université de Cagliari.

— M. Staderini est nommé professeur extraordinaire d'anatomie à l'Université de Catane.

— M. Carbone, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à l'Université de Cagliari, est appelé en la même qualité à l'Université de Modène.

— M. Silva, professeur extraordinaire de pathologie spéciale et de propédeutique à l'Université de Pavie, est promu au rang de professeur ordinaire.

LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

La Société anatomique de Paris, une des plus anciennes sociétés savantes, se réunit tous les vendredis dans une salle de ce vieux monument gothique qui, au milieu de l'École pratique, abrite les belles collections du musée Dupuytren.

Fondée le 12 Frimaire an XII (1804) par Dupuytren, la Société anatomique fut restaurée, le 12 Janvier 1826, par J. Cruveilhier. Les documents historiques concernant cette première période font défaut, nous savons cependant, par le discours qu'il y prononça en 1808 à la séance annuelle de rentrée, que Laënnec figura au nombre des présidents de la nouvelle assemblée.

Depuis sa réorganisation, en 1826, la Société, « ayant pour objet l'étude de l'anatomie et de la physiologie, tant normales que pathologiques », a fait imprimer, sans interruption, les comptes-rendus de ses séances. D'abord mensuels, puis bimensuels, les Bulletins de la Société anatomique de Paris, paraissent, depuis quelques années, par feuillets séparés, au fur et à mesure que la matière est apportée à l'impression, disposition incommode, pleine d'inconvénients, à laquelle le Comité vient précisément de remédier en accueillant les innovations que nous ferons connaître tout à l'heure.

Ces Bulletins constituent le recueil d'anatomie pathologique le plus consciencieux et le plus complet qui existe; on y trouve toujours la relation, et s'il y a lieu l'exposé complet de tous les faits nécropsiques intéressants observés dans les hôpitaux de Paris depuis le commencement de ce siècle.

Les communications, mémoires et rapports imprimés dans ces Bulletins ont été, à différentes

reprises, groupés et catalogués dans des tables analytiques générales qui sont susceptibles de rendre les plus grands services aux travailleurs. La première de ces tables, parue en 1857, a été établie par Bouteiller; elle embrasse les trente premières années (1826 à 1855). La seconde a été publiée par Bricheteau en 1873; elle porte sur les volumes imprimés de 1856 à 1865. A partir de cette époque, une table décennale est régulièrement éditée. C'est M. le professeur Landouzy, alors archiviste de la Société, qui assume la charge de faire paraître la troisième table décennale, comprenant les Bulletins de 1866 à 1875. Le dernier archiviste, qui a pris cette responsabilité, est M. A. Broca, dont la table, si consciencieuse, réunit les titres des travaux de la Société, de 1876 à 1886.

Une autre table analytique décennale est en voie de préparation; elle paraîtra dans le courant de cette année.

La caractéristique des Bulletins de la Société anatomique est de ne contenir que des observations étayées sur des présentations matérielles. Aucune communication n'est faite sans pièces macroscopiques ou microscopiques, à l'appui. Tous les faits sont discutés au sein de la Société, et c'est ce qui leur donne leur cachet d'authenticité.

Les travaux de la Société sont présidés, depuis 1882, par M. le professeur Cornil. Rien n'est plus instructif que ces réflexions, mûries par une vaste expérience, dont le président fait suivre la plupart des communications.

Les présentations n'intéressent pas, au même titre, le médecin et le chirurgien; mais il est très rare, on peut le dire, qu'il n'y ait pas quelque parti ou quelque enseignement à en tirer.

Pendant longtemps, on ne présente les pièces qu'au point de vue macroscopique. C'était l'époque où Cruveilhier avait déjà fait paraître son magnifique atlas. Vers 1862, les séances sont rajournées par l'arrivée de Cornil, de Ranvier, de Brouardel, qui se mettent à demander un complément microscopique de l'étude anatomique des pièces. La réforme ne se fit pas sans peine; la résistance s'organisait au sein même de la Société, et M. Houël, conservateur du musée Dupuytren, ne se gênait pas pour protester contre ce nouveau mode d'investigation, parfaitement inutile, d'après lui.

Après l'avènement de l'histologie pathologique, ce fut le tour de la bactériologie. Est-il besoin de rappeler que c'est à la Société anatomique qu'en 1883 M. Talamon a décrit, pour la première fois, le pneumocoque qui, plus tard, devait porter son nom?

La tradition veut que ce soit le professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine qui ait toujours eu en mains la direction de la Société. Vulpien seul fit exception; il se réservait pour la Société de Biologie. Cruveilhier, nommé à la chaire que venait de créer Dupuytren de ses propres deniers, demeura président pendant quarante-cinq années. Charcot lui succéda en 1872; c'est sous l'impulsion de ce Maître que s'accumulèrent tant de précieux documents de pathologie nerveuse, documents dont la synthèse devait nous révéler toute une série de lésions et de maladies. C'est l'époque où la Société s'efforce de faire la place plus grande à l'anatomie pathologique *dynamique*, qui « ne considère plus la lésion en elle-même et pour elle-même, qui cherche à rétablir, par une sorte d'exégèse, les diverses phases de l'évolution qu'elle a dû subir avant de parvenir à l'état sous lequel l'autopsie nous la présente, et s'efforce de remonter jusqu'aux causes qui l'ont provoquée; enfin, tourne les yeux du côté de la clinique, pour déterminer, autant que possible, les troubles fonctionnels qui se rattachent à la modification organique ». (Charcot.)

Mais les lésions du système nerveux central n'absorbent pas alors toute l'activité de la Compagnie, et l'accueil le plus éclairé fut toujours réservé aux pièces, si variées, que fournissent presque quotidiennement les amphithéâtres hospitaliers.

L'essor était donné; la Société atteignait sa pleine maturité scientifique, et cette prospérité dure encore aujourd'hui.

Les séances ont lieu tous les vendredis, à 3 h. 1/2, excepté pendant les mois d'Août et de Septembre, consacrés aux vacances. L'hiver, pendant toute la durée du semestre où M. le professeur Cornil fait

son cours, l'heure de la séance est avancée et portée à 3 heures précises.

A ces réunions, sont tenus d'assister, au moins deux fois par mois, sous peine d'amende, tous les membres, titulaires et adjoints. Ils n'ont pas à le regretter; quelques-uns d'entre eux, connaisseurs patients, y éprouvent parfois de véritables joies d'artistes.

La Société compte des membres titulaires, des membres adjoints, en outre, des membres honoraires et des membres correspondants.

Pour faire acte de candidature, il faut avoir pris part aux travaux de la Société et y avoir fait plusieurs communications importantes. Le candidat admis, l'est d'abord au titre de membre adjoint.

Tout membre adjoint peut devenir titulaire, à la condition de présenter, à l'appui de sa candidature, un travail original.

Les membres titulaires nommés depuis trois ans peuvent demander leur passage à l'honorariat.

Le titre de membre correspondant de la Société anatomique est souvent sollicité. Tout docteur en médecine, résidant en province ou à l'étranger, peut l'obtenir, à la condition d'en faire la demande par écrit et d'envoyer, en même temps, un travail original ou des pièces anatomiques.

Tout membre reçoit à son adresse les *Bulletins* de la Société.

Tous les deux ans, la Société anatomique décerne le *Prix Godard*, dont la valeur est actuellement de 326 francs. Ce prix a été fondé en 1862, par Ernest Godard, ancien interne des hôpitaux de Paris. A sa création se rattache un épisode touchant, qui mérite d'être rappelé. Notre collègue s'était fait envoyer en mission scientifique en Orient. Il venait de quitter Jérusalem et traversait le désert pour se rendre à Jaffa, quand il fut pris d'une « péritonite consécutive à une hépatite ». Mourant, sa dernière pensée fut de léguer, par un testament écrit sous la tente, au crayon, des sommes destinées à fonder des prix aux diverses sociétés savantes (Académie des sciences, Académie de médecine, Société de chirurgie, Société de biologie, Société anatomique, etc.) C'est son maître Ch. Robin, que Godard, près d'expirer, instituait son légataire; il succomba en arrivant à Jaffa. Ses dernières volontés furent d'ailleurs strictement exécutées par sa famille.

Pour concourir au prix Godard de la Société anatomique, il faut déposer un mémoire portant sur un sujet d'anatomie normale ou pathologique, de pathologie expérimentale et comparée. Les manuscrits ou imprimés doivent être remis avant la dernière séance de Juillet de l'année où le prix est décerné (il l'a été en 1898). Une Commission est nommée à la séance qui précède les vacances. La liste d'inscription est dès lors invariablement close.

A l'une des séances de rentrée, le rapporteur de cette Commission fait l'exposé des différents travaux déposés et donne lecture des conclusions adoptées par la Commission. Ces conclusions sont mises aux voix par le Président de la Société, et, si elles rallient la majorité des suffrages, les lauréats sont proclamés sur-le-champ. Le prix Godard est le seul prix que décerne la Société anatomique. Précisément parce qu'il est unique, il est très convoité.

Le conservateur du Musée Dupuytren assiste habituellement aux séances hebdomadaires. Dès qu'une pièce lui paraît intéressante à conserver, il ne manque pas de la demander au présentateur, pour enrichir ses collections. Dans ces dernières années, Pilliet avait accumulé ainsi d'incalculables pièces précieuses. Noblesse oblige, dirons-nous à son successeur, M. Legry.

De nombreuses figures, souvent schématiques, mais toujours rigoureuses, éclairent le texte des observations publiées dans le *Bulletin*. L'utilité de ces dessins n'a pas besoin d'être démontrée. « Un dessin fidèle, a dit Cruveilhier, est éternel comme la nature, et à l'abri des vacillations des systèmes: il reproduit incessamment la même image, rappelle à l'un ce qu'il a déjà vu, apprend à l'autre ce qu'il ne connaît pas, dispense de fastidieuses lectures et laisse dans l'esprit des impressions aussi profondes que durables. »

Enfin, d'importantes modifications viennent d'être décidées, dans la dernière séance de la Société

anatomique, relativement au mode de publication et à la composition du *Bulletin*. Désormais, les travaux de la Société paraîtront sous le titre de *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*; le recueil sera périodique et mensuel; il paraîtra régulièrement le 15 de chaque mois, à partir du 15 Février, et contiendra toutes les communications du mois précédent. Les manuscrits devront être envoyés au secrétaire avant le 3 du mois, dernier délai; en principe, d'ailleurs, le texte de toute présentation doit être rédigé à l'avance et remis au secrétaire avant la fin de chaque séance. Après le 3, le secrétaire se chargera lui-même des communications dont le texte ne lui est pas parvenu et se contente de faire suivre le titre de la présentation de la courte mention inscrite au procès-verbal.

La longueur des communications écrites ne doit pas être et ne sera pas limitée. Tel fait, considéré aujourd'hui comme insignifiant, peut apparaître un jour plein d'intérêt et d'importance. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la Société anatomique, où l'on n'apporte que des faits qui pourront être mis à profit plus tard par les travailleurs; et seront alors d'autant plus utiles qu'ils auront été plus détaillés.

En tête de chaque numéro, paraîtra un mémoire original sur un sujet d'anatomie, normale ou pathologique, de bactériologie ou de médecine expérimentale. Ce travail, que la Commission du Bulletin choisira parmi ceux qui lui seront présentés d'abord par les membres titulaires, adjoints ou correspondants, puis par les personnes étrangères à la Société qui désireraient prendre part à ses travaux, surtout en vue d'une candidature à un des titres ci-dessus énumérés, devra être *original*. Il consistera en une *revue* sur un sujet d'actualité, ou en l'exposé de faits d'*observation personnelle* plus nombreux, plus documentés que ceux des communications ordinaires et pouvant prêter à des conclusions et considérations générales. On n'acceptera aucune réédition, totale ou partielle, plus ou moins remaniée, d'un article ayant déjà paru.

Mais, encore une fois, ces avantages ne sont pas réservés aux seuls membres de la Société, et, en particulier, pour ce qui est des pièces anatomiques, tout médecin, même s'il n'est pas membre correspondant, peut envoyer en toute sécurité des pièces à la Société, qui les accueillera toujours avec empressement.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

18 Janvier 1899.

Sur l'appendicite. — M. Schwartz. Au point de vue des appendicites à rechutes que nous opérons à froid, nous sommes d'accord, mais il n'en est pas de même de l'appendicite aiguë. Je n'accepte pas, pour ma part, la formule de M. Poirier, car j'ai vu guérir plus de 30 cas d'appendicites aiguës par le traitement médical. Dans quelques-uns de ces cas, je suis intervenu plus tard et j'ai trouvé peu de lésions alors que l'ensemble symptomatique avait été alarmant.

En général, quand les signes ne sont pas graves, je n'interviens pas tout d'abord et ce n'est que plus tard, à froid, que j'interviens si besoin est.

J'attire l'attention sur la sonorité qu'on observe parfois dans la fosse iliaque, en présence d'une collection suppurée. Lorsqu'on trouve cette sonorité, c'est qu'il y a un abès gazeux et c'est une raison de plus pour intervenir.

Quand se développent des signes de péritonite, j'attends, mais en surveillant de très près le malade, et si le pouls devient plus fréquent, si les gaz ne sortent plus, j'interviens.

En présence de péritonite généralisée, il faut opérer, malgré le peu de chances de l'intervention.

Quand la poussée appendiculaire est passée, que faut-il faire? Si je ne perçois plus aucun empatement, aucune douleur profonde, je ne crois pas utile d'intervenir. Si, au contraire, il y a de l'endolorissement de la région, de la constipation, etc., j'opère à froid.

Relativement à la technique opératoire dans l'appendicite à chaud, je fais l'incision de Max Schuller. De même, à froid.

Je n'ai eu que deux éventrations, consécutives à un drainage; l'incision avait été celle de Roux.

Deux fois je n'ai pu enlever l'appendice à froid, l'organe et le cæcum baignant dans un tissu fibreux très dense, impossible à disséquer.

J'ai une mort à déplorer, un cas de mort dans une de mes opérations à froid; la malade a eu une hématomérose

avec une hémorragie au niveau de la plaie. Cette diathèse hémorragique m'est restée inexplicée.

M. Guinard. A quelques semaines d'intervalle, MM. Dieulafoy et Poirier ont émis chacun un aphorisme que je ne saurais accepter, pour ma part, et qui se réduit à ceci : il faut toujours opérer l'appendicite aiguë, et toute appendicite opérée est suivie de guérison. Sans entrer dans le fond de cette discussion, j'examinerai seulement trois points :

A quel moment faut-il intervenir ? Dans les cas d'appendicite suraiguë ou dans les cas d'appendicite aiguë compliquée d'abcès, tout le monde est pour l'intervention. Mais dans tous les autres cas, au début d'une crise, je pense qu'un traitement médical à base d'opium et de glace conjurera souvent les accidents graves. On surveillera d'ailleurs de très près le malade, et si des accidents surviennent, on opérera aussitôt ; sinon on attendra pour agir la résolution complète et l'on interviendra à froid ?

Quand faut-il opérer à froid ? Faut-il attendre deux attaques ? Quand il ne reste ni empatement ni douleur, quelques-uns pensent qu'on peut rester dans l'expectative. Je crois, au contraire, qu'il ne faut pas attendre la seconde attaque et qu'il vaut mieux opérer dès qu'il y a eu une atteinte appendiculaire. Cette opinion est basée, en particulier, sur ce point qu'il y a une disposition permanente, congénitale ou acquise, qui favorisera le développement de l'inflammation.

Doit-on craindre des éventrations ? Après l'intervention à chaud, quand on est obligé de drainer, on en observe, mais après les opérations à froid, s'il n'y a eu ni drainage ni suppuration, il n'y aura pas d'éventration.

En résumé, en dehors des formes suraiguës et des abcès paracœcaux, il vaut mieux chercher à opérer à froid. En second lieu, j'ajoute qu'il ne faut pas attendre une seconde attaque d'appendicite.

M. Roynier. Avec tous mes collègues, je proteste contre l'assertion de M. Poirier et celle de M. Dieulafoy qui préconisent toujours l'intervention dans tous les cas d'appendicite.

Il y a d'abord des cas où l'intervention serait vraiment trop grave ; c'est ainsi que chez une femme obèse, diabétique, ayant un poulx filiforme, des vomissements fécaloïdes, j'ai conseillé le simple traitement médical, pensant que l'opération lui serait funeste et qu'elle avait, somme toute, autant de chances de guérir sans intervention qu'avec intervention. Or, ma malade a parfaitement guéri.

En outre, si l'on est trop pressé, on risquera de faire de nombreuses erreurs de diagnostic et de prendre pour de l'appendicite, et partant d'inciser, des coliques néphrétiques, hépatiques, etc.

Autant que possible, on interviendra à froid.

Quant à la recherche de l'appendice, il faudra y procéder avec circonspection pour ne pas diffuser les lésions. Il vaut certainement mieux l'enlever, puisque 5 fois sur 71 cas j'ai eu une récidive ; mais ce sont là des exceptions et la plupart du temps l'appendice se ratatine, s'atrophie et ne cause plus d'accidents.

A côté des appendicites bénignes, il y a des appendicites graves ; pour les premières, qu'on intervienne tôt ou tard, on obtiendra la guérison pourvu qu'on surveille avec soin son malade. Pour les seconds, au contraire, le traitement restera difficile et sera loin d'être toujours couronné de succès. Ces formes graves sont, d'ailleurs, de moins en moins fréquentes, parce que l'appendicite est mieux soignée dès son apparition. Faut-il intervenir de suite dans ces cas graves ? J'en ai vu 7 cas ; 4 fois j'ai attendu, j'ai traité une malade médicalement, puis, quand l'état général a été remonté, j'ai opéré et mes malades ont guéri. Trois fois je suis intervenu de suite et les trois fois j'ai perdu mes opérés. Aussi, j'insiste sur la nécessité qu'il y a de tenir compte de l'état général avant d'opérer, et je suis d'avis qu'il faut, par la glace, le sérum, la caféine, mettre en état de résistance les malades atteints d'appendicite suraiguë.

M. Lajars. N'est-il pas dérouter, du moins pour ceux qui écoutent et qui lisent, de voir aujourd'hui les chirurgiens prêcher l'abstinence, l'attente, le traitement médical, alors que précisément la voix retentissante d'un médecin réclame l'intervention immédiate et téméraire d'une foi sans bornes dans l'efficacité de l'acte opératoire ? N'est-ce pas la contre-partie de ce que nous avons vu, il y a quelques années ? On trouverait peut-être à cette antithèse une raison toute simple, dans ce fait que nous voyons aujourd'hui les appendicites plus souvent et plus tôt, et que, par suite, nous connaissons mieux ces formes atténuées que seuls observaient autrefois nos collègues médecins.

Personne ne discute l'excellence de l'opération « à froid » ; nous ne désirons tous qu'une seule chose : c'est d'opérer « à froid » le plus souvent possible. L'intervention, complexe parfois, est bénigne toujours, la guérison est simple et s'accomplit, pourrait-on dire, dans les conditions les plus agréables pour le chirurgien et pour le malade.

La difficulté n'est pas là : elle est tout entière dans la délimitation des cas qu'il est légitime de réserver à l'opération « à froid ». Certaines formes chroniques ou subaiguës, ou d'allures inflammatoires franches, de localisation évidente, d'évolution manifestement atténuée, ne donnent lieu à aucune hésitation ; mais, à côté de ces indications nettes, il y a toute une série de faits intermédiaires pour ainsi dire, de types cliniques imprécis, suspects, par conséquent, qui prêtent à discussion.

Et tout d'abord, l'opération conserve, à mon sens, tous les caractères de l'urgence dans les deux formes que voici :

Lorsque nous constatons la présence d'un abcès, ou encore lorsque l'existence d'un épais gâteau iliaque, combinée à la persistance de la douleur et de la fièvre, nous permet de conclure à la suppuration profonde, l'ouverture immédiate du foyer nous semble indispensable, et nous ne voyons aucune raison de transgresser ici l'un des plus vieux principes du bon sens chirurgical. Ajoutons que les résultats du palper iliaque ne donnent souvent, en pareil cas, que des données fort incomplètes sur les dimensions réelles de la collection purulente. J'en ai observé dernièrement deux exemples très frappants.

A côté de cette première catégorie de formes cliniques, pour lesquelles l'opération d'urgence conserve, je crois, tous ses droits, j'en indiquerai une autre : celle des appendicites infectieuses, d'allures septiques d'emblée. Et je n'entends pas seulement parler de ces appendicites perforantes suraiguës, de ces péritonites septiques diffuses, dans lesquelles, en intervenant tout de suite, on intervient presque toujours trop tard. J'ai en vue des cas d'évolution moins rapide, de débuts moins bruyants, moins « révélateurs », mais dont la nature n'en est pas moins identique, et dont l'issue, pour être plus tardive, n'est pas moins tout aussi grave. J'ai opéré, il y a quelques mois, avec M. Jules Simon, une petite fille de quinze ans, chez laquelle l'affection avait montré ces caractères de bénignité apparente et d'extrême gravité réelle.

Je pourrais citer d'autres exemples, et ce sont les impressions qu'ils m'ont données, les résultats de mes réflexions et de mes inquiétudes, que je traduis ici. Encore une fois, je ne demande qu'à opérer « à froid », mais je crois qu'il faut être conscient des responsabilités que l'on assume, à « laisser refroidir » certaines appendicites.

Pour ma part, quand une appendicite ne m'apparaît pas avec des caractères franchement inflammatoires, quand je n'ai pas une pleine tranquillité d'esprit, quand je conserverai des doutes, je ne prendrai pas la responsabilité de l'attente, et, si je suis libre, j'opérerai d'urgence.

Kyste dermoïde de l'ovaire chez un enfant de deux ans. — **M. Hue** (de Rouen) communique l'observation d'un kyste dermoïde du volume d'une tête de fœtus dont était atteinte une fillette de vingt-six mois et qu'il a opérée avec succès.

Pylorectomie pour carcinome. — **M. Tuffier** présente un malade opéré il y a neuf mois de pylorectomie pour carcinome.

A propos des kystes hydatiques. — **M. Tuffier.** Sur le traitement des kystes hydatiques, en général, je suis d'avis que toutes les méthodes qui pourront guérir rapidement ces lésions aseptiques et nous dispenser de ces longues et interminables suppurations qui suivent leur drainage, seront des méthodes de choix, suivant qu'elles seront applicables. Aussi, ai-je traité récemment un kyste hydatique rétro-vésical que j'avais diagnostiqué, par le procédé qui appartient, je crois à Bobroff. J'ai fait une incision hypogastrique, j'ai récliné la vessie à gauche et, derrière elle, j'ai ouvert le kyste hydatique aseptique par voie sous-péritonéale. Ce kyste avait le volume d'une grosse tête de fœtus et il était rempli d'hydatides filles. Après incision de la poche, après évacuation soignée du contenu, je grattai légèrement ces parois, je passai sur ces parois une compresse imbibée de sublimé et je laissai environ 10 centimètres cubes de la solution au 1/1000 dans sa cavité ; puis je refermai l'ouverture du kyste par un double surjet et mon incision hypogastrique sans drainage. Douze jours après, ce malade quittait l'hôpital. Il est opéré depuis trois mois et ne présente aucune trace de récidive.

Paralysie du plexus brachial par élévation du bras. — **M. Tuffier.** Le malade que je vous ai présenté et pour lequel nous avions porté un pronostic grave justifie notre opinion, par la marche progressive de son atrophie musculaire et de ses lésions trophiques. Le mécanisme de ces paralysies est encore discuté.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques jours, un nouveau cas de paralysie totale du plexus brachial par simple élévation du bras, accompagnée d'une luxation sous-coracoïdienne. Il s'agit d'un malade que j'ai vu avec M. Fauvel, chirurgien en chef des hôpitaux du Havre. C'était un homme de soixante ans, légèrement artérioscléreux qui, en descendant de voiture, se suspendit vivement pendant que le cheval continuait à marcher. Il ne fit aucune chute sur le moignon de l'épaule, et une heure après, M. Fauvel constatait une paralysie complète avec anesthésie complète du membre supérieur droit. En faisant de grands efforts, le malade arrivait à remuer un peu l'extrémité de l'index ; il existait une luxation sous-coracoïdienne qui fut réduite très simplement et dès le deuxième temps de la manœuvre de Kocher.

Le lendemain, un traitement électrique et du massage furent institués. Une partie des mouvements et de la sensibilité revinrent du troisième au huitième jour. Je vis le malade au neuvième jour, il présentait une paralysie du deltoïde et de toute la sphère du radial ; tandis que l'électrisation faradique provoquant des mouvements de plus en plus considérables dans tous les muscles du membre supérieur, les sphères du circonflexe et du radial perdaient chaque jour. Il s'agit donc là d'une

élongation avec paralysie temporaire et en somme, d'un degré atténué de ce que nous avons vu chez mon premier malade. Ce qui prouve bien que toutes les branches du plexus brachial par la simple élévation du bras peuvent être allongées ; ce qui vient à l'appui des travaux de Duval et Guillaïn.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 Janvier 1899.

Tuberculose d'inoculation directe probable de la gorge. Perforation du voile du palais.

M. H. Barbier. Les observations de perforation tuberculeuse du voile du palais sont rares ; nous n'en connaissons que deux dues à MM. Talamon et Du Castel. Dans le cas nouveau que je publie, il s'agit d'une femme de trente-deux ans, non syphilitique, bien portant jusqu'au mois d'octobre 1898. A la suite d'une grippe (?) légère en Septembre, elle commença à souffrir de la gorge et elle vint, en Décembre 1898, à la consultation de l'hôpital Bichat. A ce moment, elle avait une perte de substance de l'amygdale droite et une ulcération végétante avec points jaunes du pilier antérieur droit, accompagnée d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire. On songea à la tuberculose ; cependant, on mit la malade au traitement antisyphilitique d'épreuve pendant quinze jours... L'état local s'aggrava et, en Janvier 1899, elle présentait, avec une encoche ulcéreuse du voile du palais, une perforation du voile, grosse comme une lentille, à bords bourgeonnants, avec points jaunes, et survenue très rapidement. Cette perforation se réunit ensuite à l'encoche de façon à former une perte de substance large de 1 à 2 centimètres et divisant obliquement le voile du palais. Un examen bactériologique montra des bacilles tuberculeux.

Au point de vue étiologique, cette angine semble une lésion, un chancre d'inoculation tuberculeuse avec son ganglion sous-maxillaire. Son poumon est suspect, mais elle ne crache pas ; enfin, elle a cohabité pendant trois ans avec un phthisique qui est mort il y a un an.

Sous l'influence de la suralimentation et des attouchements à l'acide lactique à 1/10, l'état général et local s'améliora d'une façon remarquable.

M. Lermoyez. La tuberculose du voile du palais est rarement perforante ; ce fait est connu sans que l'on puisse en fournir la raison. J'ai donc cru pouvoir, dans un cas, donner le traitement antisyphilitique à une tuberculose atteinte de perforation du voile. L'amélioration rapide de cette lésion démontra qu'elle était réellement de nature syphilitique.

Cette malade avait donc deux infections : une tuberculose pulmonaire et une lésion syphilitique du voile du palais.

M. Rendu. Si la tuberculose est rarement perforante au niveau du voile du palais, il n'en est pas de même dans la région anale. Ce n'est pas par des infections secondaires qu'il faut expliquer cette différence, car ces infections sont aussi nombreuses dans les deux régions.

Xanthélasma survenu après la disparition de la glycosurie chez un diabétique. — **MM. L. Rénon et R. Follet.** Nous venons d'observer, chez un homme de soixante-cinq ans, un xanthélasma plan de la jambe droite, avec quelques traînées jaunâtres sur la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds, et avec une légère flavescence de ces dernières régions.

Le malade est glycosurique depuis 1893, et ses urines ont contenu jusqu'à 46 grammes de sucre par litre. Depuis plus de quinze mois, le sucre a complètement disparu, et il n'existe plus de signes de diabète. Fait curieux, c'est pendant cette période d'absence de symptômes glycosuriques que s'est montré le xanthélasma qui a pris la plupart des caractères sur lesquels on s'est fondé pour distinguer nettement le xanthème des diabétiques du xanthème commun (évolution chez un sujet âgé, cuissans, picotements, brûlures, forme papuleuse, intégrité de la face) ; il existe cependant des traînées jaunes sur la plante des pieds et des mains ainsi que de la flavescence diffuse à ce niveau, ce qui n'est point la règle dans le xanthème diabétique.

Faut-il en conclure que nous sommes en présence d'un xanthélasma commun, coïncidant avec un diabète ? Nous ne le pensons pas, et malgré la très légère différence due à la flavescence des mains et des pieds, nous croyons qu'il s'agit d'un xanthélasma de la variété dite glycosurique, mais survenu après la disparition du sucre, ce qui donne singulièrement à réfléchir sur les relations précises de cause à effet entre la glycosurie et le xanthème soutenues par beaucoup d'auteurs et notamment par M. Torök. Déjà en 1891, MM. Besnier et Doyon combattent la division établie entre le xanthème commun et le xanthème sucré, et ils invoquent une remarquable observation de M. Chauffard où un xanthélasma presque semblable à celui présenté par notre malade était survenu en dehors de toute glycosurie et de toute lésion hépatique. En 1897, M. Tôpfer a rapporté le cas inverse d'un xanthème ayant rétrogradé, malgré l'augmentation de la glycosurie, chez un malade glycosurique.

Toute cette discussion prouve qu'entre le xanthélasma et la glycosurie, il n'y a pas, du moins dans certains cas, une relation évidente de cause à effet.

L'opothérapie thyroïdienne dans certaines dystrophies (neurasthénie, poly-arthrite déformante, myxœdème fruste). — M. Paul Claisse. J'ai observé 3 cas très dissimulés en apparence, dans lesquels l'opothérapie thyroïdienne m'a fourni des résultats intéressants. Deux pouvaient être dénommés neurasthénie, le troisième polyarthrite déformante. L'œdème spécial, l'insuffisance des combustions établissaient entre eux une parenté et suggéraient l'idée d'insuffisance thyroïdienne, qui a été confirmée par les résultats de l'opothérapie. Chez un des neurasthéniques, l'effet thérapeutique fut définitif. Il existait une insuffisance transitoire de la glande thyroïde. Chez un autre, l'opothérapie est poursuivie depuis près de trois ans. Le malade conserve son équilibre, à la condition d'ingérer pendant quelques jours une petite dose de substance thyroïdienne quand la nutrition se ralentit; l'insuffisance glandulaire est permanente. C'est une forme fruste de myxœdème qui nécessite une suppléance thérapeutique assidue.

Dans l'observation encore incomplète de polyarthrite déformante, je me borne à constater la très heureuse influence de l'opothérapie sur l'élimination rénale. En huit jours, des éléments pathologiques (sucre et albumine) ont disparu, tandis que le taux de l'urée passait de 9 grammes à 17 grammes.

Ces trois faits montrent que l'on ne doit pas exclusivement réserver l'opothérapie thyroïdienne au myxœdème confirmé, comme on l'a conseillé récemment. La méthode n'est dangereuse qu'employée à la légère, sans surveillance médicale. Maniée avec prudence, elle peut rendre de grands services dans certaines dystrophies où l'examen clinique peut présenter une insuffisance thyroïdienne.

Chancres syphilitiques du sein. — M. Danlos présente une nourrice âgée de trente-six ans, qui, le 12 Novembre dernier, prit un nourrisson, né à huit mois, mais sain en apparence. Peu de temps après, l'enfant eut tous les signes de la syphilis héréditaire, à laquelle il succomba.

Un mois après l'apparition des premières manifestations syphilitiques chez le nourrisson, la nourrice vit, dans l'espace de cinq à six jours, se développer sur le sein droit vingt boutons, sur le sein gauche un bouton semblable. Ces boutons ont aujourd'hui tous les caractères des chancres primitifs: surface peu sécrétante, bords en pente très douce, induration, adénopathie axillaire considérable et indolente. Rien aux organes génitaux. Le propre enfant de la nourrice qui a continué à têter les seins malades pendant plus de quinze jours après le développement des chancres, ne présente encore rien d'anormal.

Possibilité de pleuro-cellulite diffuse subaiguë dans le cours de la pleurésie sèche d'origine grippale. — M. Morel-Lavallée. Dans le cours des accidents pleurétiques consécutifs à la grippe, il faut signaler la variabilité extrême et le polymorphisme des phénomènes d'auscultation. C'est ainsi que chez plusieurs malades il est facile de distinguer: des frotements pleuraux diffus, des bruits à rythmes nettement crépitants quoique à bulles plus ou moins grosses et serrées.

Quelques-uns de ces bruits siègent en dehors et au-delà de la cavité pleurale dans le tissu cellulaire sous-pleural ou parapleurale. Ces bruits indiquent très probablement la production d'une exsudation infectieuse de consistance peu abondante ayant son siège dans le tissu cellulaire sous-pleural, c'est-à-dire au contact direct avec les filets nerveux, les faisceaux musculaires et les vaisseaux de la région.

C'est ce qui explique les névralgies souvent tenaces qui suivent quelques pleurésies. M. Morel-Lavallée les observa particulièrement chez deux malades: l'une n'avait qu'une névralgie intercostale simple, l'autre, une véritable angor pectoris.

M. Delpeuch a examiné une des malades de M. Morel-Lavallée; c'était une nerveuse dont l'angor pectoris était vraisemblablement d'origine hystérique. Quant aux phénomènes d'auscultation, ils consistaient uniquement en bouffées de fines crépitations dues au déplissement des alvéoles pulmonaires; ces crépitations disparaissaient d'ailleurs après quelques inspirations profondes.

M. Barbier a ausculté la seconde malade de M. Morel-Lavallée; on entendait facilement des bruits secs bien loin de la cavité pleurale, bruits augmentant par la pression de l'oreille; mais il est difficile de se prononcer sur la valeur réelle de ces fines crépitations qui peut produire le froissement d'une mèche de cheveux.

M. Rendu. Cette notion nouvelle de cellulite, introduite par M. Morel-Lavallée, serait très intéressante, mais est-elle justifiée par quelques bruits dont la production est difficile à comprendre?

Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique. — M. Lermoyez présente une jeune fille nettement hystérique, qui se trouve dans l'impossibilité absolue d'utiliser, pour respirer, ses fosses nasales, cependant perméables. Un tel fait rentre dans la classe des *aboules motrices systématiques permanentes*. Ce cas fera l'objet d'un article qui paraîtra prochainement dans *La Presse Médicale*.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

20 Janvier 1899.

Maladie d'Addison; tuberculose localisée aux capsules surrénales. — M. Hauser présente des capsules surrénales caséuses prélevées à l'autopsie d'une addisonnienne, dont la maladie, classée dans son évolution, se termina brusquement par des accidents de collapsus cardiaque. Il n'y avait pas trace de tuberculose dans les autres organes.

Kystes du rein. — M. Hauser apporte un rein très altéré, farci de kystes gros comme une noisette, à apparence spéciale. La paroi est fibreuse, le contenu épais, ressemblant à une bouillie blanchâtre.

L'autre rein est normal, non hypertrophié. La malade est morte d'aortite athéromateuse.

M. Cornil fait remarquer qu'on ne trouve pas, au milieu du magma qui remplit les cavités kystiques, ces fausses membranes colloïdes, d'aspect tout à fait spécial, qui font diagnostiquer les kystes hydatiques même très anciens. Le contenu peut n'être, ici, constitué que par des produits cellulaires mortifiés, provenant de la paroi du kyste. Il faudra pratiquer l'examen histologique de différentes portions de ce rein.

Plaie du cœur par balle de revolver; essai de traitement chirurgical. — M. Butoir montre le cœur d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région thoracique antérieure. La balle, du calibre de 7 millimètres, avait pénétré au niveau du 6^e espace intercostal gauche. On vit plus tard qu'elle s'était réfléchi au niveau du 7^e cartilage costal; mais, quand M. Marion l'opéra, il constata que la poudre avait fait une traînée dans la paroi abdominale, et il pratiqua la laparotomie. Ne trouvant rien dans le ventre, il réséqua la 6^e côte, puis une partie de la 5^e et de la 4^e, et se trouva en présence d'un hémopéricarde. Débarrassé des caillots qui le recouvrait, le cœur apparut, perforé au niveau du ventricule droit; on sutura aussitôt la plaie, mais il était trop tard, le malade venait de succomber.

L'autopsie a montré que l'orifice de la paroi antérieure du ventricule droit n'était pas le seul, et qu'il en existait un autre, par où la balle était sortie, sur la paroi postérieure.

Occlusion intestinale par cancer de la région iléo-cœcale. — MM. Bacalogu et Pagnez présentent l'intestin d'un homme opéré pour une occlusion intestinale; la laparotomie fut faite par M. Glautenay qui, après avoir constaté une masse dure dans la fosse iliaque droite, établit un anus contre nature du côté gauche, sur une anse de l'intestin grêle. Le malade succomba quatre jours après, et l'on trouva, à l'autopsie, un cancer iléo-cœcal, à cheval sur le cœcum et l'iléon; la valvule de Bauhin était bourgeonnante et en grande partie détruite.

Sillon antéro-postérieur du foie. — M. Bacalogu montre le foie d'une négresse de cinquante-cinq ans, où l'on remarque une encoche profonde antéro-postérieure, sans relations avec les côtes ni avec le diaphragme.

Symphyse du péricarde avec plaques ossiformes. — M. Bacalogu apporte le cœur d'un homme de trente-neuf ans, éthylique, mort avec des symptômes méningitiques. Il existait, à l'autopsie, de l'infiltration tuberculeuse des pommons, de l'épaississement et des adhérences des méninges, et une symphyse péricardique lâche avec plaques calcaires; l'une de ces plaques est incrustée dans le feuillet viscéral, près de la base du ventricule; une autre occupe le feuillet pariétal; une troisième contourne la face postérieure de l'oreillette droite, pour finir sur la face antérieure du ventricule droit.

Fibrome avec inclusions épidermiques, d'origine traumatique, chez un chien. — M. Lefas montre des coupes histologiques d'un fibrome enlevé chez un chien qui avait subi un écrasement de la patte. Une tumeur se développa au point traumatisé, et mit cinq ans à évoluer. On voit qu'il s'agit d'un fibrome dans l'épaisseur duquel il y a parfois des îlots noirâtres qui sont des glandes sébacées incluses vraisemblablement lors du traumatisme.

Cirrhose alcoolique hypertrophique, diffuse, bilveineuse et péri-capillaire. — MM. Thoinot et Grifon ont observé un cas de cette variété particulière de cirrhose hépatique que MM. Gilbert et Garnier ont individualisée sous la dénomination de cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse.

Cliniquement, il s'agissait d'une cuisinière présentant tout le tableau de la cirrhose éthylique, à l'exception de l'ascite, qui était peu appréciable lors de l'entrée à l'Hôtel-Dieu, et du réseau veineux sous-cutané abdominal, qui n'était pas très apparent. Le foie était gros, lisse, ferme; son bord antérieur était moussé et dépassait de quatre travers de doigt le rebord thoracique. Très rapidement, en quelques semaines, l'évolution se précipita, l'ascite et l'ictère apparurent et la malade succomba avec les signes de l'insuffisance hépatique aiguë.

Macroscopiquement, le foie apparaît uniformément hypertrophié; il pèse 1920 grammes. Sa surface, lisse, présente des granulations de volume presque égal, sans dépression, sans même le plus petit sillon. A la coupe, l'organe est dur, le doigt ne peut y pénétrer; la surface

de section est plane, mais offre, à un examen plus minutieux, un ensemble de fines granulations de même grosseur que celles de la surface, sans aucune tendance à l'énucléation.

Le microscope montre, à un faible grossissement, une sclérose plus diffuse qu'annulaire, encerclant cependant des portions de parenchyme hépatique où la dégénérescence graisseuse est très discrète et ne se rencontre que par îlots sans importance. La limite entre les bandes scléreuses et les zones parenchymateuses n'est pas nette; il y a pénétration réciproque, dégradation insensible; et il suffit de prendre un objectif à grossissement plus fort pour voir des tractus conjonctifs se détacher des bandes scléreuses principales pour entourer et dissocier les éléments cellulaires et former ainsi un véritable réseau fibreux dans les mailles duquel sont encastrées les cellules hépatiques.

La cirrhose est donc mono-cellulaire, péri-capillaire pourrait-on dire, et le cas rappelle en tous points celui de MM. Gilbert et Garnier.

Hématémèse par varices œsophagiennes dans un cas de cirrhose hépatique latente. — M. Marmasse montre le foie et l'œsophage d'un malade qui entra dans le service de M. Barth pour une hémématémèse dont la cause était difficile à préciser, le malade n'offrant encore aucun signe de cirrhose hépatique. Il fut envoyé à Vincennes en convalescence, puis recommença à travailler, mais fut bientôt obligé de s'arrêter, et entra à Necker dans le service de M. Rendu. Il mourut peu de temps après avoir présenté de nouveau des hémématémèses, qu'on pouvait mettre alors sur le compte d'une cirrhose alcoolique devenue cliniquement appréciable.

À l'autopsie, on trouva un foie atrophique, granuleux, pesant 1.200 grammes, et trois saillies variqueuses au niveau de la portion inférieure de l'œsophage, avec un pertuis, bouché par un caillot, au sommet de chaque veinule ectasiée.

V. GRIFON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

9 Janvier 1899.

Valeur sémiologique et thérapeutique de la stabilité et de l'instabilité du pouls dans les maladies. — M. Huchard. La place que prend dans la genèse de bien des affections l'artério-sclérose est de plus en plus considérable. Mais il faut bien savoir que dans la production de l'artério-sclérose, l'hypertension artérielle joue un rôle important. Cela résulte d'un grand nombre d'observations de malades suivis depuis assez longtemps pour que l'objection d'après laquelle l'hypertension artérielle est un effet et non une cause de sclérose artérielle puisse être victorieusement réfutée. La néphrite interstitielle en montre des exemples fréquents. Il m'arrive souvent de voir un malade porteur de néphrite interstitielle et qui ne s'était pas présenté à moi depuis une dizaine d'années. Or, en retrouvant sa fiche, j'y vois mentionnée dès le début de sa néphrite, c'est-à-dire dix ans auparavant, l'existence de l'hypertension artérielle. Ceci suffit donc pour établir une fois pour toutes que l'hypertension artérielle est bien cause réelle et non conséquence de néphrite interstitielle.

Si donc l'hypertension est un prélude de l'artério-sclérose et de toutes les lésions que celle-ci peut engendrer, il est très important de la dépister de bonne heure, bien avant l'établissement de cette sclérose artérielle qui évoluera seulement cinq ou dix ans, peut-être, plus tard. Chez les gouteux héréditaires, par exemple, issus, de gouteux confirmés, il peut y avoir absence complète de phénomènes gouteux artériels; en revanche, il existera des lésions gouteuses vasculaires qui pourront, pendant longtemps, n'être appréciables que par la constatation de l'hypertension artérielle. La goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur, et Guéneau de Mussy avait déjà attiré l'attention sur la précocité des dégénérescences artérielles dans certaines familles d'hérédité gouteuse. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que ces considérations ne s'appliquent qu'aux gouteux héréditaires. On peut être gouteux par naissance ou par conquête. Chez les gouteux de ce dernier ordre, l'artério-sclérose sera aussi facile à constater, et on rencontrera encore au début de son évolution des phénomènes d'exagération de tension artérielle.

Si l'artério-sclérose généralisée, si les cardiopathies artérielles, si les néphrites interstitielles, etc., sont devenues des affections communes, particulièrement depuis une trentaine d'années, c'est peut-être, il est vrai, parce que l'artério-sclérose est mieux connue et étudiée, mais c'est aussi, en dehors des causes diathésiques, infectieuses ou toxiques, à cause du régime alimentaire déficient de notre époque. L'alimentation trop exclusivement carnée est surtout à incriminer. Sénèque avait pu dire déjà: « L'homme ne meurt pas, il se tue. » J'ajouterais volontiers « par l'alimentation. » C'est à ce propos également que l'on peut dire *modicus cibi, medicus sibi*.

Or, puisqu'il est bien admis que l'hypertension artérielle sera le prélude de ces lésions de sclérose artérielle, l'importance qu'il y a de reconnaître aussitôt que possible l'hypertension artérielle ne peut se discuter. Comment donc reconnaître l'hypertension artérielle? La palpation du pouls avec le doigt et la sphynogo-

graphie peuvent renseigner sur l'état de la tension artérielle. Mais il est préférable d'être renseigné sur la mesure de cette tension. Pour la mesurer, il faut recourir aux sphygmomanomètres. Mais, en clinique, on peut s'en passer, car tous les sphygmomanomètres sont mauvais et tous difficiles à manier et les renseignements qu'ils donnent ne sont qu'approximatifs. Je crois donc que sans le secours d'un appareil quelconque, il est permis de faire le diagnostic d'hypertension artérielle.

Il existe deux signes certains de celle-ci : le premier est le retentissement diastolique de l'aorte, à droite du sternum, vers le 2^e ou 3^e espace intercostal. Le deuxième bruit n'est pas seulement renforcé, il est frappé en coup de marteau. Sa constatation, dans ces conditions, est un signe absolu d'hypertension artérielle. Il faut ne pas confondre ce retentissement diastolique avec le retentissement clangoreux de l'aorte. Le premier est une modification dans l'intensité et la tonalité; le second, une modification de timbre. Il faut également ne pas confondre le retentissement diastolique à droite, avec le retentissement diastolique aortique à gauche du sternum. Ce dernier signe indique seulement l'augmentation de la tension dans la petite circulation. Il est lié au retentissement sur le cœur de toutes les affections du poumon ou de l'estomac.

Le second signe de l'hypertension artérielle est basé sur une constatation physiologique. Normalement, il existe des modifications des battements du cœur chez un sujet considéré successivement debout et ensuite dans la position couchée. Le nombre des pulsations artérielles est, en général, dans la position horizontale, de 6, 8 et même 10 en moins que dans la station verticale. Or, dans l'hypertension artérielle et dans les maladies qui en résultent, la néphrite interstitielle, par exemple, qui en est le type, cet état de rapports physiologiques entre le nombre des pulsations constatées chez un sujet debout et couché, n'existe plus ou tend à disparaître. Si même la maladie est à une période plus avancée de son évolution, le nombre des pulsations sera augmenté, le sujet étant couché. C'est, pour cette raison, c'est à cause de ce phénomène que les malades en hypertension sont incapables de garder la position couchée; c'est pour cela que les angineux quittent brusquement leur lit, dès l'écllosion d'une crise, et cela instinctivement, c'est aussi pour cela, au moins en partie, que la production d'attaques angineuses est surtout nocturne. Les angineux vrais, on peut le dire, n'ont pas l'idée de se coucher, de s'étendre, quand ils sont pris d'accès pendant la marche. Ils cherchent surtout à s'immobiliser debout; or, tous les angineux sont des hypertendus.

Par contre, un malade qui, couché, aura 80 pulsations, par exemple, et, debout, 120 ou 130, sera atteint d'hypertension artérielle. Il y a quelques mois, je fus consulté par un malade qui arrivait à mon cabinet avec le diagnostic d'angine de poitrine vraie, coronarienne, diagnostic porté par plusieurs médecins. Il suffisait à ce malade de marcher un peu pour être pris d'accès angineux, disait-il. C'était là, avant toute constatation, un signe qui pouvait paraître pathognomonique et confirmer le diagnostic porté. Or, ce malade était resté debout pour raconter son histoire, et c'est debout encore que je l'auscultai. Au bout de quelque temps, les battements cardiaques augmentent de fréquence, le malade est en proie à une anxiété, un malaise considérables, et il demande à se coucher. Je constate alors que ce malade, que j'étais déjà très étonné de voir, comme angineux, demander à se coucher, et qui, debout, avait en jusqu'à 145 pulsations, n'en présentait plus que 90 une fois couché. Surpris également de la forme de la douleur ressentie, je fais de nouveau lever le malade et la même scène se renouvelle. C'était bien dans la marche que débutaient d'ordinaire les accès, puisque le malade, grand amateur de peinture, avait pris l'habitude de se faire traîner en voiture, dans les musées des villes où il séjournait. Je pus, en outre, constater chez lui, dans la station verticale, aux deux membres inférieurs, le signe décrit par Weir-Mitchell sous le nom d'érythromélie. Ce malade était donc un hypotendu, et il ne présentait qu'une fausse angine de poitrine.

On voit, de suite, les conséquences thérapeutiques autant que diagnostiques qu'amènent ces constatations de la stabilité ou de l'instabilité du pouls.

Il est évident que pour que de telles constatations aient gardé toute leur valeur, il faut se défier de l'erreur ou pourrait entraîner l'accélération du pouls, si fréquente chez les gens nerveux et émotifs, à propos de la moindre cause.

Voici comment je conseille d'opérer: le malade est d'abord debout; tout en causant avec lui, il faut lui abaisser le bras et prendre le pouls, qu'on comptera bien exactement. Puis ensuite, on prie le malade de s'étendre, la tête un peu basse; il est bon alors d'attendre quelques minutes, puis on élève le bras et on compte à nouveau le nombre des pulsations. Si le sujet est normal, il existera un écart en moins, dans cette seconde constatation, de 6, 8 ou 10 pulsations.

Au cours de la sclérose cardio-rénale, si fréquente, il existe une dyspnée qu'on peut nommer toxi-alimentaire. Or, cette dyspnée peut exister, tout au début de la sclérose artérielle, à l'époque où il n'existe encore que de l'hypertension, avec ou sans présence d'albumine dans l'urine, alors que le rein est à peine touché par le processus. Le malade n'est incommodé que par la dyspnée,

c'est pour elle qu'il vient consulter; il respire mal, ne peut faire cinquante pas sans s'arrêter. C'est, en un mot, la dyspnée d'effort, que l'on peut déjà appeler toxique, car elle est l'expression d'un début d'insuffisance rénale. Dans ces conditions, le malade respirant mal, ne dort pas. Aussi pourrait-on avoir tendance à lui prescrire un hypnotique. Eh bien! il faut savoir que le véritable hypnotique, en cette occurrence, est le régime lacté, qui va rétablir la perméabilité rénale, désintoxiquer le malade et lui rendre respiration et sommeil.

C'est à ces malades qu'il faut dire que s'ils veulent vivre, il leur faut se soumettre toute leur vie au régime approprié. Ils pourront ainsi vivre cinq, dix, vingt ans et même plus. L'orage calmé, il leur faudra chaque mois se mettre dix jours au régime lacté absolu, le reste du temps, se contenter d'un régime mitigé: un litre à deux litres de lait par jour, œufs, légumes et peu de viande, toujours très cuite et non faisandée, et jamais le soir, car on sait que le sommeil et la position couchée favorisent la production des accès nocturnes de dyspnée et des accès angineux en augmentant l'hypertension. Il faut également tenir compte de l'augmentation de la toxicité urinaire. Ce que M. Bouloumié a décrit chez les arthritiques, sous le nom d'urines alternantes, doit être rappelé à ce sujet.

Chez les gros mangeurs de viande, la tendance à l'obésité que l'on observe vers la cinquantaine n'a d'autre cause que le ralentissement de la circulation porte, d'où stase intra-abdominale et production de ralentissement de la nutrition, accompagnée parfois d'un début d'insuffisance hépatique. Il y a toujours ralentissement de la circulation avant qu'il y ait ralentissement de la nutrition. C'est en raison de ce fait qu'un procédé consiste à saigner, dans certains pays, les vœux pour leur procurer de l'embonpoint et les engraisser. Or, j'ai pu me rendre compte que les mêmes causes peuvent avoir le même résultat chez l'homme. Une malade qui fut opérée d'appendicite présentait une épaisseur considérable de tissu adipeux abdominal, fait qui frappa d'autant plus qu'on apprit que cette femme, atteinte en même temps de fibrome utérin, avait depuis longtemps, sans en parler et sans se traiter, d'abondantes pertes de sang. Ces hémorragies de longue date avaient prédisposé à l'adiposité.

Donc une alimentation trop carnée, trop de viandes, trop de toxines alimentaires amènent des stases dans la circulation abdominale, circulation mésentérique, circulation porte; et la stagnation des toxines, avec insuffisance hépatique consécutive, produit tous les phénomènes d'intoxication que l'on a désignés sous le nom de chlorobrightisme. D'où l'indication de lutter contre les stases sanguines à l'aide du massage abdominal et de lutter contre l'empoisonnement par la diminution des toxines, c'est-à-dire par le régime.

Chez certains malades à teint pâle, chlorotique (par contraction artérielle), on peut déjà, avant la production des accès de dyspnée toxi-alimentaire, constater tous les signes de l'hypertension.

Les accès de dyspnée toxique peuvent avoir les conséquences les plus graves. Je me rappelle un malade fortement amélioré, qui, revenu de province à Paris pour me consulter à nouveau, eut pour moi se livrer à un écart passager de régime avant de revoir son médecin, et faire un bon dîner avec gibier. Mal lui en prit; il fut, la nuit, frappé d'intoxication grave, avec accès dyspnéiques intenses, éruption toxidermique, et, finalement, succomba vers le matin.

Les premiers symptômes que l'on observe parfois chez les malades sont trompeurs, si l'on n'est pas prévenu. Ce sont des signes d'œdème pulmonaire, avec râles fins aux bases. Il est vrai qu'il n'y a pas élévation de température, mais plutôt hypothermie. Parfois, cependant, on passe outre, en raison de la présence des signes stéthoscopiques. Beaucoup de malades ayant succombé à ces soi-disant congestions pulmonaires, et particulièrement les vieillards trouvés morts dans leur lit, après un dîner quelque peu copieux, ont, au contraire, succombé à la dyspnée toxi-alimentaire.

E. BOURSIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

41 Janvier 1899.

Un nouvel anesthésique local, le chlorure d'éthyle à la cocaïne. — M. Bardet. La cocaïne employée par la voie hypodermique n'est pas exempte de certains dangers; par contre, le simple badigeonnage des surfaces muqueuses ou cutanées avec la solution cocaïnée sont bien peu efficaces. J'ai eu l'idée de faire dissoudre la cocaïne dans le chlorure d'éthyle et d'employer cette solution soit en pulvérisation, soit en application locale au moyen d'un tampon d'ouate. Personnellement, j'en ai obtenu des résultats parfaits et j'ai prié MM. Bolognesi et Touchard de contrôler mes résultats sur une plus grande échelle, ils n'ont eu également qu'à s'en louer.

MM. Bolognesi et F. Touchard. Ce nouvel anesthésique a été mis entre nos mains par M. Bardet qui nous a prié de l'expérimenter. Il est contenu dans des tubes ampoules absolument semblables à ceux bien connus de chlorure d'éthyle.

La cocaïne et l'eucaine s'y trouvent dans les proportions de 1 à 5 pour 100.

En stomatologie et en chirurgie dentaire, ce mode d'anesthésie locale est excellent et peut rendre de grands services. On peut se servir de chlorure d'éthyle soit cocaïné ou eucainé; le titre de la solution variera entre 2 et 4 pour 100.

Il est à remarquer que le chlorure d'éthyle cocaïné agit plus énergiquement que l'eucainé à titre égal, les deux peuvent être employés simultanément.

La manière d'appliquer l'anesthésique est variable: si on a affaire à une région voisine de l'ouverture buccale et facile à atteindre, on peut simplement faire une pulvérisation, le tube étant placé à une distance de 20 à 30 centimètres et le jet dirigé sur la région à anesthésier. Mais si on a affaire à une région profondément située, on peut, pour éviter la diffusion de l'anesthésique, circonscrire le point à anesthésier d'une couronne de coton hydrophile.

Souvent, on se trouvera bien d'une simple application du chlorure d'éthyle cocaïné, eucainé, pulvérisé sur un tampon d'ouate hydrophile placé de chaque côté de la gencive, par exemple, lorsqu'il s'agit d'une extraction de racines, ou directement sur la tuméfaction, lorsqu'il s'agit d'un abcès à ouvrir. Quel que soit le procédé choisi, on attend de cinq à six minutes, et bientôt le patient sent un engourdissement des points touchés par le chlorure d'éthyle et une couche de cocaïne ou d'eucaine s'est étalée sur la région opératoire; on peut alors procéder à l'intervention sans faire éprouver aucune douleur. On peut ainsi extraire sans douleur les chicots, les racines de dents cariées, les dents abcédées, les dents branlantes des malades atteints de gingivite expulsive. On peut également pratiquer de petites interventions chirurgicales, telles que ouvertures d'abcès, excision d'épulis ou de portions de muqueuse, comme le capuchon muqueux qui enveloppe si souvent la dent de sagesse.

C'est aussi un excellent moyen anesthésique à employer pour l'extraction des dents de lait, chez les enfants nerveux et pusillanimes qui ne se laissent pas volontiers approcher. Ce moyen est plus facile à leur appliquer et moins dangereux que la piqûre de solution cocaïnée et eucainée. Chez les adultes, on pourra nous objecter que l'injection de solution anesthésique est préférable et d'une facilité excessive. D'accord, mais il n'en résulte pas moins qu'il y a pour l'injection, avant toute anesthésie, deux piqûres au moins à faire dans une gencive malade et très sensible, et nous connaissons personnellement des sujets qui préfèrent l'extraction même d'une grosse dent, sans aucune espèce d'anesthésie, plutôt que de subir deux piqûres souvent très douloureuses, quoi qu'on en dise.

Nous avons pu faire une dilatation anale pour hémorrhoides sans douleur, de même pour un cas de fissure à l'anus. Nous avons aussi, avec succès, cureté et cautérisé au fer rouge des végétations préputiales, du gland, de la vulve, nous avons ouvert des Bartholinites et pratiqué l'excision de la poche sans douleur en introduisant par l'ouverture une petite quantité de chlorure d'éthyle cocaïné ou eucainé.

Tous les abcès cutanés, les furoncles, les kystes sébacés, les panaris, toutes les affections cutanées nécessitant une intervention chirurgicale localisée, peuvent bénéficier de ce procédé d'anesthésie locale.

Le chlorure d'éthyle cocaïné ou eucainé dans les proportions de 2 à 4 pour 100 constitue un excellent anesthésique local pour toutes les interventions à pratiquer sur les muqueuses et rendra des services aux stomatologistes et aux dentistes. Il peut remplacer dans les interventions buccales les injections de solutions anesthésiques, et il peut aussi préparer la région où on voudra faire l'injection et rendre ainsi les piqûres complètement insensibles. En petite chirurgie, pour toutes les interventions cutanées, il constitue un excellent anesthésique local doué d'une action prompte et certaine.

M. Ferrand. Ce procédé pourrait peut-être rendre aussi des services dans le traitement des névralgies, de la sciatique par exemple.

M. Bolognesi. Je ne l'ai pas encore employé dans ces affections, mais je me propose de le faire.

Quelques considérations sur la médecine créosotée. — M. Burlureau. La créosote agit comme modificateur des épithéliums (balsamique) et comme dynamogénique; le professeur Brown-Séquard approuvait sans restriction cette double manière de voir. La créosote devra donc être employée toutes les fois qu'il s'agit de tarir une sécrétion anormale des épithéliums (bronchorrhée, bronchites tuberculeuse, grippale, pleurésies, péri-tonites, et toutes les fois qu'il convient de reconstituer un organisme épuisé ou d'en retarder la déchéance (tuberculose, neurasthénie, cachexie palustre).

La créosote est contre-indiquée quand la déchéance organique est irrémédiable, et dans les états fébriles graves.

L'administration de la créosote par le moyen d'injections huileuses sous-cutanées est une des meilleures méthodes d'administration de ce médicament.

P. DESFOSSÉS.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

11 Janvier 1899.

Chancre syphilitique de la plante du pied. — M. Lesser a montré une malade présentant un chancre syphilitique de la plante du pied. Cette localisation exceptionnelle du chancre s'explique peut-être par ce fait que la malade, étant blanchisseuse, a pu s'infecter les doigts et transporter ainsi le virus syphilitique en se grattant la plante du pied.

M. Waldeyer demande à M. Lesser si chez cette malade l'adénopathie spécifique s'est manifestée dans les ganglions du creux poplité ou dans ceux de l'aîne.

M. Lesser répond que cette malade n'a présenté qu'une adénopathie inguinale; du reste, en cas de chancre des doigts, ce sont aussi les ganglions de l'aisselle qui se prennent souvent les premiers.

Acné et kélôïde. — M. Burchke a montré un nègre qui a présenté, il y a deux ans, une éruption d'acné pustuleuse au niveau de la nuque et dans la barbe. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'éruption disparut, sauf au niveau de la nuque où les pustules devinrent confluentes et arrivèrent à former une véritable tumeur qui s'ulcéra. La tumeur a été extirpée et la perte de substance remplacée par des greffes de Thiersch. Or, depuis quelque temps, la cicatrice a subi une transformation kélôïdienne.

La nature de la tumeur n'a pu être déterminée.

Idiotie à type mongol. — M. Neumann a montré une série d'enfants idiots dont la figure a les caractères essentiels du type mongol. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est que ces enfants présentent une série de malformations : anus imperforé, oreilles mal ourlées, nystagmus, laxité extrême des articulations, affections congénitales du cœur, malformations dentaires.

Les auteurs anglais qui ont étudié ce type ont signalé chez les idiots de ce genre un développement incomplet des circonvolutions cérébrales.

Société de médecine interne de Berlin.

9 Janvier 1899.

Modifications de la moelle épinière dans la paralysie périphérique. — M. Jakobsohn a communiqué l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du sein, avec métastases des ganglions claviculaires, lesquelles métastases ont amené une paralysie complète du bras gauche, par compression du plexus brachial.

A l'autopsie, on trouva dans la moelle, malgré l'absence de toute métastase à ce niveau, une dégénérescence ascendante au niveau des cornes antérieures et des cordons postérieurs avec participation des fibres oculo-pupillaires du sympathique.

ILES BRITANNIQUES

Société médico-chirurgicale de Londres.

10 Janvier 1899.

Anévrisme de l'aorte; destruction de racines sensitives; paraplégie. — MM. Turney et Ballance relatent l'observation d'un homme de trente-sept ans qui avait eu un chancre à l'âge de dix-huit ans.

La maladie actuelle avait débuté, il y a deux ans, par une douleur siègeant vers le milieu du dos, douleur intermittente, puis constante; depuis quatre mois, elle était très violente; les mouvements ne l'exagéraient pas. A son entrée à l'hôpital, on ne constata aucun trouble nerveux. Le malade localise sa douleur à une région triangulaire comprise entre la 3^e côte droite et l'appendice xiphôïde. La percussion des apophyses épineuses réveille une vive douleur au niveau de la 10^e. Aucune autre lésion n'est appréciable, si ce n'est une cyphose assez marquée dont l'angle correspond aux 7^e et 8^e dorsales. On prescrit le traitement spécifique, qui n'amène, d'ailleurs, aucune amélioration.

Un mois après son admission, pendant qu'on lavait le malade, il poussa soudain un cri de douleur et aussitôt ses jambes devinrent immobiles et insensibles. En présence de cette paraplégie, on se décida à pratiquer la résection des lames vertébrales : on constata la disparition totale du corps de la 7^e dorsale, remplacé par un volumineux caillot de formation récente.

Le malade mourut dix heures après l'opération. A l'autopsie, on constata un gros anévrisme développé sur la paroi postérieure de l'aorte thoracique, situé sur la ligne médiane, ayant détruit les 7^e et 8^e dorsales et disques correspondants.

Les points intéressants de cette observation sont : 1^o l'extrême difficulté du diagnostic; s'agit-il d'un anévrisme ayant déterminé les lésions osseuses, ou encore d'une carie vertébrale, ou enfin d'une tumeur maligne? 2^o si l'on admet le diagnostic d'anévrisme, il est curieux de signaler la destruction par compression des vertèbres et surtout des disques intervertébraux.

Académie de médecine d'Irlande.

2 Décembre 1898.

Rupture spontanée de la portion ascendante de l'aorte. — M. Lumsden présente les pièces provenant d'une jeune femme de vingt-trois ans qui était morte subitement en soulevant un fardeau. A l'autopsie, on constata l'intégrité parfaite des organes abdominaux et thoraciques : le péricarde seul était distendu, et à l'ouverture on le trouva rempli de caillots. Sur la face antérieure de l'aorte, à sa naissance, on trouva une rupture linéaire laissant passer un porte-plume; il ne semblait pas y avoir de dégénérescence des parois artérielles : on notait seulement quelques petites taches jaunâtres, superficielles, sur l'endothélium. Il semble donc bien difficile d'expliquer cette rupture spontanée.

Anévrisme de la portion descendante de l'aorte ayant perforé l'œsophage. — M. Thomson montre les pièces d'autopsie d'un laboureur de quarante-sept ans, mort également en soulevant un fardeau. Il n'avait jamais présenté le moindre symptôme. A l'autopsie, on trouva l'estomac et l'intestin grêle pleins de sang. Au niveau de la 7^e dorsale se voyait un orifice à bords déchiquetés faisant communiquer l'œsophage avec un anévrisme développé aux dépens de la paroi antéro-latérale droite de l'aorte. L'orifice mesurait environ 1 centimètre de diamètre. Les parois de l'anévrisme étaient d'une minceur extrême. Dans le reste de l'aorte on notait seulement une bande athéromateuse au niveau de la crosse.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement préventif du coma diabétique.

On sait que parmi les accidents qui peuvent survenir au cours du diabète, le coma, dit coma diabétique, est le plus grave et se termine presque toujours par la mort. On ne peut donc guère compter tirer les malades du coma par des moyens thérapeutiques; mais ce que tout médecin peut et doit faire, c'est prévoir l'apparition du coma et s'y opposer par une thérapeutique rationnelle.

Ainsi donc, lorsque, chez un diabétique en train de se cachectiser, on voit survenir de nouveaux troubles digestifs, des troubles respiratoires, de l'affaiblissement ou de l'excitation cérébrale, lorsqu'on constate la réaction caractéristique de l'urine (acétone) ou encore l'odeur acétonémique de l'haleine, il faut, d'après M. Robin, prescrire le traitement suivant :

1^o Cesser immédiatement tout régime anti-diabétique et mettre le malade au régime lacté intégral.
2^o Ouvrir largement les voies d'élimination intestinale des poisons retenus dans l'organisme, en donnant un purgatif salin qui n'abaisse pas le taux des urines :

Sulfate de soude 30 grammes.

3^o Donner par la voie buccale, par jour :

Bicarbonate de soude 20 grammes,

pour saturer les acides de l'organisme.

4^o Surveiller le cœur; si le pouls est petit, rapide, irrégulier, prescrire la potion suivante :

Poudre de feuilles de digitale . . . 60 centigr.

Faire infuser dans :

Eau 150 grammes.

Ajouter :

Ergotine de Bonjean 4 grammes.

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si, au contraire, le pouls est ralenti, mou, dépressible, ordonner des injections sous-cutanées de citrate de caféine, et administrer, à l'intérieur, de la théobromine à la dose de 3 grammes.

5^o Pour combattre les troubles digestifs et faire tolérer le lait, donner, avant chaque prise de lait, une cuillerée à café de la solution :

Sulfate de strychnine 2 centigr.

Eau distillée 300 grammes.

Et, après chaque prise de lait, faire prendre un cachet composé de :

Pepsine 25 centigr.

Maltine 40 —

Pour empêcher la fermentation lactique, sans nuire à l'action de la pepsine, on donnera encore, avec chaque prise de lait, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Fluorure d'ammonium 50 centigr.

Eau stérilisée 300 grammes.

6^o Pratiquer au malade deux injections par jour de la solution de glycérophosphate de soude à 25 pour 100.

7^o Frictions énergiques sur tout le corps avec :

Baume de Fioravanti }
Alcool camphré } à 100 grammes.
Teinture de quinquina }
Teinture de noix vomique 5 —
Essence de girofle 5 —

8^o Faire respirer au malade de l'oxygène.

BIBLIOGRAPHIE

Polailon. — *Affections chirurgicales du tronc*, Tome I. Deuxième fascicule. 1 vol. in-8^o raisin, de 296 pages. Prix : 6 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

Philippe Thadée. — *Contribution à l'étude de l'Urologie chez l'enfant de deux à dix ans*. Br. in-8^o raisin, de 76 pages (IMPRIMERIE FOURNIER, Toulouse).

Répertoire thérapeutique

La constipation est, de tous les maux dont souffrent les habitants des villes, le plus commun et le plus enraciné. Habités à la considérer comme le symptôme cardinal de la diathèse arthritique, les médecins songent peu à essayer contre lui des moyens curatifs; comme il ressortit souvent à des causes multiples, et que les purgatifs communément employés ne visent qu'une modalité particulière de ce mal, les succès thérapeutiques sont la règle. Et pourtant, ce n'est pas sans danger qu'on laisse les malades en butte aux congestions céphaliques, à la stase hépatique, aux troubles circulatoires qui sont, non seulement graves par leur ensemble symptomatique, mais aussi par l'affaiblissement organique qu'ils déterminent et la sensibilité infectieuse consécutive : il suffit de constater le nombre des appendicites qui surviennent au cours des entéropathies les plus bénignes en apparence.

A la vérité, nous ne possédons pas de purgatifs vraiment efficaces : les solutions salines provoquent une grande déperdition d'eau et leur usage constant entraîne des états d'anémie grave; d'ailleurs, leur action passagère, à laquelle l'organisme s'habitue très rapidement, les fait classer parmi les médicaments opportunistes, nullement capables de remédier aux diathèses constitutionnelles. Les drastiques, qui déterminent de fortes congestions intestinales, doivent nécessairement être éliminés de l'arsenal thérapeutique, dans ces cas où précisément la cause du mal est une congestion intense de la muqueuse, ulcérée bien souvent.

D'autre part, jamais un médecin ne pourra exiger d'une personne si habituellement et si légèrement malade de prendre tous les matins un purgatif dont l'effet peut l'importuner. C'est pour cette raison que les malades préfèrent soit prendre un lavement d'eau tiède, qui diluant les matières dans le gros intestin et provoquant les mouvements péristaltiques réflexes de l'intestin grêle, donne une selle immédiate et définitive, soit se composer un régime alimentaire laxatif. Ce dernier mode de traitement ne va pas sans quelques inconvénients; on sait, en effet, que le moyen de rendre les aliments laxatifs est d'y joindre une certaine masse inattaquable par les sucs digestifs : les figues, par exemple, doivent leurs propriétés légèrement purgatives à leurs petites semences qui sont un stimulant mécanique pour le tube digestif. Or, nous savons que dans la plupart des entérites, on doit recommander le régime le plus substantiel sous un moindre volume.

Il nous faut donc user d'un purgatif qui réponde à la formule de la vieille pharmacopée : *curare cito, tute et jucunde*; c'est-à-dire que la drogue doit guérir, agir rapidement, sûrement et agréablement.

La tamarine que prépare M. Grignon semble être le produit désigné, puisqu'elle ne détermine ni coliques ni diarrhée : elle amollit les selles, les rend plus faciles, provoque le péristaltisme intestinal en agissant sur la tunique musculuse, et, en raison même de son action douce et modérée, ses effets ne s'atténuent pas par l'usage.

On administre la tamarine Grignon à la dose de deux pilules de 0,10 centigrammes chacune au moment de se mettre au lit, dans une infusion de camomille ou de tilleul.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARTINIEUX, imprimeur, 1, rue Cassot



Remington

LA SEULE
MACHINE A ÉCRIRE
CONSTRUITE SPÉCIALEMENT
en vue des Ordonnances médicales
(Voir la Presse Médicale du 22 Juin 1898)

Vous trouverez réunies dans le modèle n° 7, 1897, toutes les QUALITÉS RÉELLES de construction et de solidité qui ont rendu la « REMINGTON » célèbre et des PERFECTIONNEMENTS SCIENTIFIQUES qui augmentent dans une notable proportion son UTILITÉ et sa DURABILITÉ.

WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT 8, boulevard des Capucines, PARIS

CATALOGUE SUR DEMANDE

Granules de Catillon à 1 Milligr. d'Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Trois Granules de Catillon, Paris, 3, Boulevard St-Martin.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE

Tablettes de Catillon à 0^{re}.25 de corps

THYROÏDE

Titre, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE: 30 Millions de Bouteilles PAR AN

SOURCE BADOIT

L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac. Déclaré d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

PRÉPARATIONS DE MALT

DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT

AU CREOSOTAL

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

AIROL

ANTISEPTIQUE interne et externe.

L'AIROL n'est pas toxique. Cicatrisant des plaies

L'AIROL est inodore.

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laxatif **TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION** *Rafraîchissant*

PAR LA

TAMARINE GRIGNON

préparée par A. GRIGNON, pharmacien de 1^{re} classe.

PILULES MOLLES AUX PRINCIPES ACTIFS DU TAMARIN DE L'INDE

dosées à 0,10 centigrammes, entièrement solubles dans les sucs digestifs.

ACTION RÉGULIÈREMENT LAXATIVE, SANS COLIQUES NI CHALEUR A L'ESTOMAC

RECOMMANDÉE POUR COMBATTRE

LA CONSTIPATION HABITUELLE

ECHANTILLONS sur demande à MM. les Médecins

CHaque boîte est accompagnée d'un prospectus, non seulement en français, et les initiales sur la boîte, mais encore sur les cachets, recouvrant le flacon et la fermeture des boîtes. AGENASCTR n°

ECHANTILLONS sur demande à MM. les Médecins

Dépôt général pour la Vente : Pharmacie, 25 et 27, rue Drouot, et dans toutes les Pharmacies.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assit. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

INSUFFISANCE NASALE HYSTÉRIQUE, par M. MARCEL LERMOYEZ 37
LES ANGINES A BACILLES DE FRIEDLÈNDER, par MM. CHARLES NICOLLE et A. HÉBERT 38
TUBERCULES ET CAVERNES BILIAIRES. RÉPONSE A M. SERGENT, par M. D. JACOBSON 41

MÉDECINE PRATIQUE

Recherche de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène, par M. G. MILIAN 42

ANALYSES

Bactériologie : Exagération de la production des toxines en cas de symbiose du bacille diphtérique et du streptocoque, par M. P. HILBERT 42
Médecine expérimentale : Contribution à l'étude des substances méthémoglobinisantes, par M. P. MASOIS. — Influence de la fièvre sur la production de la substance anti-infectieuse chez le chien vacciné contre le colibacille, par M. LEMAIRE. — De l'endodiascopie, par M. L. BOUGHACOURT 43
Médecine : Sarcome du médiastin, par M. SOKOLOWSKI. — Diagnostic de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu, par M. CHAUFFARD 43
Chirurgie : Mal perforant plantaire, par M. J. LÉVAL. — Découlement traumatique du ligament de tout un membre, par M. K.-A. WALTER. — Du traitement de la syphilis pendant les narcooses, par M. S. HERZOG. — Épilepsie jacksonienne traitée par la craniectomie, par MM. BAUBY et SOREL 43
Obstétrique et gynécologie : Étude sur les bassins rachitiques transversalement rétrécis, par M. E. SALLES. — Procédé simplifié de pansement du cordon ombilical, par M. S. KOUTZMINK 44
Dermatologie et syphiligraphie : Premières recherches sur la toxicité urinaire dans quelques dermatoses, par M. COLOMNI 44
Thérapeutique et matière médicale : Les indications thérapeutiques dans les obstructions des conduits lacrymaux, par M. A. TRIPPIER 44
Médecine publique et hygiène : La vaccination en Angleterre, par M. RICHARD THORN THORNE 44

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Essai de cryoscopie des urines, M. CH. BOUCHARD. — Histologie de la peau. Définition et nomenclature des couches de l'épiderme chez l'homme et les mammifères, M. RANVIER. — Sur la formation du sucre de l'albumine de l'œuf, M. FERDINAND BLUMENTHAL. — Modifications des toxines introduites dans le tube digestif, MM. CHARRIN et LEVADIT 32
Académie de médecine : La médication thyroïdienne, M. FR. FRANCK. — Traitement médical de l'appendicite, M. CHAUVEL. — Les collyres huileux en ophtalmologie, M. SERINI. — Interventions chirurgicales dans le cancer de l'estomac, M. TUFFIER. — Indication des injections hypodermiques de morphine associée à l'éther, M. FERDINAND. — L'air artificiel; son application à la navigation sous-marine et à la médecine, MM. F. JAUBERT et LABORDIE 32

Société de biologie : A propos de la sympathicotomie dans l'épilepsie, M. CHIPAULT. MM. DEJERINE, DUPUY, GLEY, LABORDIE, FÈRE, CHARRIN, CHIPAULT. — Influence motrice du pneumogastrique sur l'intestin grêle, MM. COURTADE et GUYON. — Actinomycose de la joue, M. BRAULT. — Anomalies chez les cestodes, M. RAILLET 32
Société de médecine et de chirurgie pratiques : A propos de l'étiologie de la colite musco-membraneuse, M. TOLÉDANO. MM. DIGNAT, JOLLY 33

LIVRES NOUVEAUX

Energétique musculaire, par M. LAULANIÉ 33

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la broncho-pneumonie infantile à sa dernière période 33

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 33

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 1^{er} Février 1899, à 1 heure. — M. PASCAUD : La convulse artificielle chez les nouveau-nés; MM. PINARD, TILLAUX, Humbert, Varnier. — M. FOURNIÉ : Étude sur la mastoïdite de Bezold; MM. TILLAUX, PINARD, Humbert, Varnier. — M. DEJEAN : Contribution à l'étude des corps étrangers articulaires d'origine traumatique; MM. TILLAUX, PINARD, Humbert, Varnier. — M. BOSQUET : De la jéjunostomie; MM. TILLAUX, PINARD, Humbert, Varnier.

Judi 2^e Février 1899, à 1 heure. — M. LEBRETON : Ophothérapie ovarienne; MM. MATHIAS-DUVAL, BERGER, TROISIER, Hartmann. — M. THOUVENIN : Rétrécissement infranchissable de l'urètre. Traitement par l'uréctomie; MM. BERGER, MATHIAS-DUVAL, TROISIER, Hartmann. — M. COVILLE : Contribution à l'étude du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche; MM. BERGER, MATHIAS-DUVAL, TROISIER, Hartmann.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 Janvier 1899. — 2^e (Nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer, Desgrez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Terrier, Blum, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Reclus, Humbert, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Lancereaux, Dupré.

Mardi 31 Janvier 1899. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Lanois, Desgrez. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Panas, Quenn, Bonnaire. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Berger, Hartmann. — 5^e (Deuxième partie), Charité (1^{re} série) : MM. Jaccoud, Raymond, Marfan. — 5^e (Deuxième partie), Charité (2^e série) : MM. Proust, Roger, Thirioix.

Mercredi 1^{er} Février 1899. — Médecine opératoire,

Ecole pratique : MM. Lannelongue, Sebileau, Legueu. — 2^e (Nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Lanois, Broca (André). — 3^e Oral (Première partie) : MM. Terrier, Lejars, Lepage.

Judi 2 Février 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — 3^e Oral (Première partie), MM. Budin, Thiéry, Faure. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Deboue, Achard. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie. Salle de matière médicale : MM. Proust, Pouchet, Vaquez.

Vendredi 3 Février 1899. — 2^e (Officiat), définitif : MM. Reclus, Méry, André. — 5^e (Première partie), Necker, Chirurgie : M. M. Blum, Humbert, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Necker (1^{re} série) : MM. Potain, Gaucher, Tis-sier. — 5^e (Deuxième partie), Necker (2^e série) : MM. Joffroy, Lancereaux, Wurtz. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 4 Février 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Langlois. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Chantemesse, Hallopeau, Roger. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Conférences universitaires. — Le professeur Lannelongue, membre de l'Institut, a fait samedi, la seconde des conférences universitaires instituées à la Sorbonne, pour les étudiants de tout ordre de l'Université de Paris. Il avait pris pour sujet : « Les progrès de la chirurgie au dix-neuvième siècle. »

Faculté de Beyrouth. — M. Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être désigné par le ministre de l'Instruction publique pour aller faire passer les examens de la Faculté libre de médecine de Beyrouth (Syrie). M. Vergely et la mission qui l'accompagne partiront de Marseille le 2 Février.

Étranger.

Congrès allemands. — Le XX^e Congrès de balnéologie siégera du 3 au 7 Mars, et le XXVIII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, du 5 au 8 Avril, à Berlin.

— M. Auguste Martin (de Berlin), est appelé à la chaire de gynécologie de l'Université de Greifswald, vacante par la retraite du titulaire actuel, M. le professeur Pernice.

— M. Alois Lode est nommé professeur extraordinaire d'hygiène à l'Université d'Innsbruck.

— Dans une des dernières séances du Reichstag, le député prince de Shoenach-Karolath, un des plus fermes champions de la cause féministe, a questionné le secrétaire d'Etat à l'office de l'intérieur sur l'état de la question, toujours en suspens en Allemagne, de l'accès des femmes aux études universitaires. Le comte de Posadowsky a répondu que la question de l'admission des femmes aux études de médecine, d'art dentaire et de

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE
POUGUES TONI-DIGESTIVE
 Antiseptique, Désinfectant,
 Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CARABANA PURGE GUÉRIT
SAINT-GALMIER BADOIT
CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies
CONTREXEVILLE-PAVILLON
 VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies
OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne
 Surrenale, Thyroïdienne **MONCOUR**

pharmacie était tout près de recevoir une solution. Un autre député, M. Schrader, a prié ensuite le secrétaire d'Etat de préciser davantage : les élèves-femmes, a déclaré celui-ci, seront dorénavant admises à participer aux travaux pratiques, ce qui leur était refusé jusqu'ici, lorsqu'elles rempliraient les conditions requises par les règlements universitaires.

— Samedi ont été inaugurés à l'hôpital général de Vienne les nouvelles salles de la clinique d'otologie. Elles se composent d'un vaste amphithéâtre et d'une salle d'opérations répondant par son installation et son outillage aux derniers perfectionnements de la science.

Le professeur Politzer a exposé les progrès accomplis par l'otologie dans ces quarante dernières années, a insisté sur la nécessité croissante de l'enseignement obligatoire de cette partie de la science médicale et de la création de chaires permettant de donner cet enseignement. Il a tenu naturellement à faire remarquer que l'Université de Vienne pouvait revendiquer avec orgueil la priorité à ce point de vue, et que l'École de Vienne, qui a répandu ses élèves dans le monde entier, continue à ne pas démentir de sa vieille réputation.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

9 Janvier 1899.

Essai de cryoscopie des urines. — M. Ch. Bouchard. J'ai précédemment indiqué à la Société de Biologie que le carbone de l'albumine, à la suite des transformations régressives de cette substance, s'élimine dans les proportions suivantes par les trois émonctoires, pour 100 parties du carbone de l'albumine : 43, par le poulmon; 32, par l'intestin; 25, par le rein.

La majeure partie de ce carbone est associée à l'azote et, dans les conditions normales, pour 100 parties d'azote urinaire, il peut y avoir 78 de carbone au moins, 115 au plus; ces limites sont dépassées à l'état pathologique. Cela veut dire que, suivant les circonstances, même à l'état normal, mais surtout à l'état pathologique, les corps azotés riches en carbone peuvent être plus ou moins abondants par rapport au corps azoté pauvre en carbone, l'urée.

Cela veut dire encore que, suivant les circonstances qui influencent la nutrition, la grosse molécule d'albumine dont le poids est voisin de 6.000 peut, par dissociations successives et perte de carbone, se réduire en molécules très nombreuses et beaucoup plus petites, comme l'urée dont le poids moléculaire est 60, mais que ces petites molécules peuvent se trouver mélangées en proportions variables avec d'autres molécules moins réduites ou plus grosses, telles que la créatinine, l'acide urique, l'urobiline, une ptomaine, auxquels corps correspondent respectivement les poids moléculaires de 113, 168, 592, 1021. Plus la nutrition est parfaite, plus rares sont les grosses molécules, plus nombreuses sont les petites molécules, les molécules d'urée.

C'est également vrai pour les substances minérales. Le poids moyen de l'ensemble des molécules urinaires sera plus faible si la nutrition est plus parfaite, plus élevé si elle est languissante.

En utilisant la méthode cryoscopique, on voit que le point de congélation est à $-1^{\circ},35$ pour l'urine normale et varie entre $-0^{\circ},50$ et $-2^{\circ},24$.

On établit le poids des matières solides dissoutes dans 100 centimètres cubes d'urine; on y dose le chlorure de sodium; enfin, on détermine le point de congélation de l'urine après l'avoir diluée à $1/2$ et même à $1/5$, si c'est nécessaire, pour empêcher la précipitation de certains corps. On retranche des matières solides le poids du chlorure de sodium, on a ainsi le poids des matières élaborées. On retranche du degré de congélation le nombre de centièmes de degré auquel descendrait le thermomètre si l'on faisait congeler seulement le chlorure de sodium dissous dans un même volume d'eau, on a ainsi le point de congélation de la solution des matières élaborées. La formule $\left[\frac{K-P}{C}\right]$ donne le poids moléculaire moyen, P étant le poids de matière élaborée contenue dans l'urine, C le degré de congélation, K une constante égale à 18,5.

Chez l'homme normal, le poids moléculaire supérieur à 60 s'en éloigne fort peu.

Il est plus élevé dans la tuberculose avec ou sans fièvre, dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie, dans la pleurésie aiguë où il se maintient élevé longtemps après la défervescence, dans la goutte, la syphilis, dans les altérations organiques du foie.

Histologie de la peau. Définition et nomenclature des couches de l'épiderme chez l'homme et les mammifères. — M. Ranvier. Il y a sept couches distinctes dans l'épiderme de l'homme et des mammifères. En suivant la marche de l'évolution épidermique elle-même, ce sont :

Le stratum germinativum, composé de cellules qui jouissent de la propriété de se diviser;

Le stratum filamentosum, caractérisé par la présence, au sein du protoplasma cellulaire, de nombreuses fibrilles épidermiques;

Le stratum granulosum, caractérisé par l'existence granuleuse;

Le stratum intermedium, qui sépare les deux couches de l'épiderme antérieurement connues;

Le stratum lucidum, couche claire;

Le stratum corneum, couche noire;

Le stratum disjunctum, couche superficielle.

Chaque une de ces couches se présente avec des caractères physiques et des réactions chimiques parfaitement nets. Cependant elles ne sont pas formées d'éléments spéciaux.

Sur la formation du sucre de l'albumine de l'œuf. — M. Ferdinand Blumenthal. Bien des recherches ont été faites pour savoir s'il y a du sucre dans la molécule d'albumine proprement dite, question d'une grande importance, en médecine, puisque l'homme gravement atteint de diabète forme du sucre avec ses tissus, probablement avec son albumine.

L'auteur, confirmant les recherches de Pavy et de Kravkov, a pu obtenir 8 à 12 grammes de sucre avec 100 grammes d'albumine du blanc d'œuf.

Modifications des toxines introduites dans le tube digestif. — MM. Charrin et Levaditi. On sait, depuis longtemps, que certaines toxines, très actives quand on les introduit dans le sang ou sous la peau, perdent la plus grande partie de leur action lorsqu'on les fait pénétrer par la voie digestive : on réussit plus facilement à créer une entérite en injectant les produits bactériens dans les vaisseaux périphériques qu'en faisant ingérer ces mêmes produits à des doses infiniment plus considérables.

Pour expliquer ces faits, il faut faire intervenir, d'une part, l'action des bactéries intestinales, puisqu'en vivant au contact d'une toxine ces bactéries altèrent ses propriétés pathogènes, et, d'autre part, l'influence des sécrétions digestives.

La toxine tétanique injectée dans l'anse intestinale d'un cobaye perd, sinon totalement, du moins partiellement, son pouvoir tétanigène.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

24 Janvier 1899.

La médication thyroïdienne. — M. Fr. Franck lit, au nom d'une commission désignée par l'Académie, la fin de son rapport sur la médication thyroïdienne.

L'intoxication qui peut survenir à la suite de l'emploi prolongé ou à trop hautes doses des préparations thyroïdiennes se traduit par de la tachycardie, des palpitations, des lipthymies, des vertiges, de l'insomnie, du tremblement, de l'anxiété respiratoire, de la dyspnée, et des modifications urinaires telles que : phosphaturie, azoturie, polyurie, glycosurie, albuminurie, etc.

Les dangers inhérents au traitement thyroïdien doivent le faire rejeter dans tous les cas où l'indication thérapeutique n'est pas absolue; encore, dans les cas où ce traitement doit être employé, il ne doit être donné que par doses graduées suivant la tolérance du malade.

Il résulte des recherches de la commission que les produits thyroïdiens, qui sont toxiques et dont l'emploi est dangereux, doivent être assimilés aux remèdes dangereux et que leur vente doit être soumise à la même réglementation. Elle ne doit être autorisée que sur ordonnance du médecin, renouvelée chaque fois que cela sera nécessaire.

Traitement médical de l'appendicite. — M. Chauvel montre, par des statistiques, que le traitement médical de l'appendicite donne, entre les mains des chirurgiens de l'armée, des résultats aussi bons que le traitement chirurgical.

Les collyres huileux en ophtalmologie. — M. Serini. On peut dissoudre dans l'huile la daboisine, l'homatropine, la scopalamine, la daturine, l'hyosciamine, la mydrine, la tropacocaïne, l'eucaine B, l'holocaine et obtenir des collyres qui possèdent l'avantage d'agir là où les collyres aqueux restent sans effet.

Interventions chirurgicales dans le cancer de l'estomac. — M. Tuffier présente trois malades opérés de cancer de l'estomac le premier depuis un an, le second depuis neuf mois, le troisième depuis huit mois.

Ces trois malades étaient atteints d'épithélioma, dont la nature a été vérifiée histologiquement par M. Hayem, avec adhérences périgastriques et ganglions cancéreux.

Le premier est un homme de quarante-deux ans qui avait un cancer du pylore avec ganglions cancéreux.

Le second est un homme du même âge chez qui l'affection avait marché extrêmement vite. Il a été fait une résection de la paroi stomacale sur une étendue de 15 centimètres. Le malade est actuellement dans de très bonnes conditions de santé.

La troisième est une femme qui avait une tumeur très étendue et était déjà, au moment de l'opération, dans un état de cachexie assez avancé.

On a fait la résection de l'estomac et une gastro-entérostomie; actuellement, la malade se porte très bien.

Indication des injections hypodermiques de morphine associée à l'éther. — M. Ferrand. L'injection de morphine associée à l'éther peut rendre d'excellents services dans certains cas : l'éther, tout en laissant à la morphine ses effets favorables de sédation, suffit à prévenir tout danger de syncope et tend à écarter les menaces d'asphyxie; il ne peut donc que

soulager le malade sans l'exposer à une aggravation des accidents qu'il y aurait à redouter.

L'air artificiel; son application à la navigation sous-marine et à la médecine. — MM. F. Jaubert et Laborde. A la suite de longues recherches, nous avons trouvé une substance chimique qui, sous un poids relativement léger et par une seule opération :

1° Débarasse totalement l'air vicié de son acide carbonique, de sa vapeur d'eau, et autres produits irrespirables;

2° Lui redonne automatiquement, en échange, la quantité d'oxygène mathématiquement exacte qui lui manque.

En un mot, cette substance, par son simple contact avec l'air vicié par la respiration, régénère totalement celui-ci, et lui restitue toutes ses qualités premières.

Avec 3 à 4 kilogrammes de cette substance, il est possible de faire vivre dans un espace hermétiquement clos (par exemple dans un bateau sous-marin ou dans un scaphandre) un homme sain et adulte, pendant vingt-quatre heures.

Voici deux essais typiques :

1° *Sur l'animal vivant.* — Un cobaye est placé sous une cloche en verre rodé, analogue à la cloche d'une machine pneumatique et s'appliquant exactement sur une platine en verre rodé également; la fermeture est donc hermétique.

Cette cloche possède une tubulure munie d'un bouchon en caoutchouc par lequel passent deux tubes, l'un servant à l'aspiration de l'air vicié, et se rendant au générateur d'air artificiel; l'autre, qui dépasse à peine le bouchon de fermeture en caoutchouc, servant à la rentrée de l'air épuré dans la cloche.

L'air mis en mouvement par une petite pompe aspirante et foulante, qui marche par la pression de l'eau et forme joint hydraulique, est ainsi forcé de sortir de la cloche par le tube d'aspiration, de passer par le régénérateur pour s'y épuré, puis de retourner à la cloche en suivant le cycle indiqué.

Le régénérateur lui-même est formé des substances chimiques dont nous avons parlé, absorbant l'acide carbonique et l'eau, et produisant de l'oxygène.

Dans ces conditions, on peut faire vivre l'animal pendant un temps indéterminé et proportionné à la capacité du régénérateur.

2° *Sur l'homme.* — L'expérience a été réalisée au moyen d'un masque respiratoire particulier. Elle a pleinement réussi, la respiration se faisait normalement, dans ces conditions, grâce au régénérateur.

Les applications de l'air artificiel sont de deux sortes : préventives contre l'asphyxie et proprement médicales.

Les premières rentrent essentiellement dans le domaine des appareils submersibles (bateaux sous-marins, scaphandres, etc.), ou des appareils destinés à pénétrer dans des milieux irrespirables (casques pour pompiers, égoutiers, mineurs, etc.).

Quant aux applications médicales proprement dites, nous ferons remarquer que la substance chimique en question est actuellement, de beaucoup, le réservoir d'oxygène le plus léger qui existe; ainsi, avec quelques grammes, il est possible de disposer instantanément de quelques dizaines de litres d'oxygène. En outre, l'oxygène obtenu par ce procédé est chimiquement pur; on ne peut lui comparer, comme degré de pureté, que l'oxygène électrolytique.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

24 Janvier 1899.

A propos de la sympathectomie dans l'épilepsie. — M. Chipault. Je désirerais revenir sur certains faits, à propos d'une jeune épileptique que j'ai opérée et qui a fait, dans une des dernières séances de la Société, le sujet d'une discussion orale de M. Dejerine. Si j'ai, chez cette petite malade, tenté la résection des sympathiques, c'est que j'avais constaté chez elle, non des crises d'épilepsie partielle, mais des crises comitiales généralisées, se répétant tous les mois et affectant, durant une période de huit jours, le type subintrant. Depuis l'opération, les attaques convulsives se sont modifiées, elles ont perdu leur caractère sériel mensuel, pour se répéter actuellement tous les deux ou trois jours, par crises isolées d'une durée et d'une intensité moindres. Je dois dire, en outre, que l'hémiatrophie faciale constatée par M. Dejerine, chez ma petite malade, n'est pas une altération trophique consécutive à l'intervention chirurgicale, mais que je l'avais déjà constatée et notée avant toute résection; c'est même elle qui, par sa nature sympathique possible, m'avait incité, dans le cas particulier, à tenter la sympathectomie. Je ne crois pas que la sympathectomie soit une opération dangereuse, mais elle est rendue difficile et délicate par la recherche et l'ablation des ganglions cervicaux supérieurs, ablation qui s'impose si l'on veut obtenir un succès thérapeutique.

J'ai sympathectomisé 18 épileptiques : chez un, j'ai trouvé un nyxome du sympathique; je passe sur ce fait, cependant du plus haut intérêt pathologique, pour m'en

1. Voir *La Presse Médicale*, 1899, 4 janvier, n° 1, p. 3.

tenir à mes résultats thérapeutiques. Aucune aggravation, 10 résultats nuls, 5 améliorations indiscutables. Sur 6 malades seulement j'ai pu enlever la totalité des ganglions cervicaux supérieurs. Sur ces 6, j'ai eu 4 améliorés. Or, j'aurais le droit de retenir seulement l'histoire de ces 6 malades (la malade actuelle n'en est point), chez lesquels l'opération a rempli les conditions physiologiques recherchées, et de dire : la sympathicectomie donne dans l'épilepsie des résultats fréquents et frappants.

Faut-il attribuer ses effets au traumatisme opératoire en tant que traumatisme ? Mais alors pourquoi l'espèce de sympathicectomie pratiquée influe-t-elle sur eux ? Pourquoi la craniectomie n'en produit-elle point d'analogues ?

Faut-il les attribuer au bromure que je donne à mes opérés ? Mais alors pourquoi le bromure ne donnait-il point chez eux de résultats avant l'intervention, alors qu'il en a donné après ? N'est-ce point que la sympathicectomie, par la suractivité circulatoire encéphalique qu'elle entraîne, facilite l'action de ce médicament ?

Je n'insiste pas, mais je suis obligé de conclure que la sympathicectomie exerce une influence réelle sur la marche de l'épilepsie, influence jamais fâcheuse et souvent favorable, et qu'elle n'entraîne, même chez les enfants, aucun phénomène dystrophique appréciable.

M. Dejerine. J'ai reçu dans mon service, et j'ai pu examiner déjà depuis quelques semaines, la petite malade opérée par M. Chipault; j'ai tenu à vous la présenter. Les crises convulsives à début partiel et à généralisation consécutive persistent depuis l'intervention opératoire, et leur répétition tous les deux à trois jours témoigne d'une aggravation dans le nombre des accès. Enfin, outre la dystrophie hémifaciale, avec rétraction du globe oculaire, que présente ma malade, je dois signaler, en même temps qu'une tachycardie persistante, la parésie d'une corde vocale, inerte à la fois dans la fonction de phonation et dans le jeu respiratoire. En terminant cette discussion, je demande aux physiologistes si l'on peut avec impunité, chez les jeunes animaux, pratiquer l'ablation des ganglions cervicaux supérieurs, et si, pour une amélioration problématique, on ne court pas le risque de provoquer des troubles trophiques, dans le domaine de la face et dans le territoire cérébral.

M. Dupuy. La sympathicectomie chez le jeune animal peut entraîner une atrophie cérébrale correspondante plus ou moins généralisée, avec altérations de la substance nerveuse. Cette hémiatrophie cérébrale peut se retrouver, avec les mêmes caractères, dans la descendance de ces animaux. Ces faits résultent de nombreuses expériences entreprises à ce sujet il y a déjà longtemps avec Brown-Séquard.

M. Gley. Je m'associe aux recherches de M. Dupuy. Les recherches les plus récentes des histo-physiologistes nous ont appris que la résection des sympathiques chez les animaux était suivie non seulement d'altérations cérébrales, mais même de lésions musculaires. J'ajoute que je ne comprends pas l'utilité de la sympathicectomie envisagée comme adjuvant de la thérapeutique bromurée. Bien maniés, à doses suffisantes et continues, les bromures sont le plus souvent d'une efficacité incontestable, comme nous l'enseignent les observations des neuro-pathologistes.

M. Laborde. Il n'est pas douteux que la résection des sympathiques provoque chez l'animal jeune, ou même chez l'adulte, des troubles trophiques. Je signalerai en outre, à l'appui des phénomènes cliniques de tachycardie observés par M. Dejerine, l'accélération des battements cardiaques chez les lapins sympathectomisés.

M. Féré. Je n'ai obtenu qu'une amélioration passagère chez un malade à qui j'ai fait pratiquer la résection des sympathiques, il y a environ deux ans. On sait, du reste, que chez un épileptique, un traumatisme banal, ou une opération quelconque, entrave pour un temps les crises convulsives qui reprennent ensuite leur intensité première.

M. Charrin. Je demanderai à M. Chipault quelles sont les considérations physiologiques qui l'engagent à pratiquer la sympathicectomie chez les épileptiques ?

M. Chipault. Je n'ai pas essayé de résoudre ce problème. J'ai répété une opération que je n'ai pas été le premier à préconiser. Alexander, Jonnesco ont pratiqué avant moi la résection des sympathiques. M. Jaboulay vient de publier une nouvelle statistique.

Quant aux symptômes relevés par M. Dejerine chez ma malade, ils sont fonction, non de la sympathicectomie, mais de l'épilepsie.

Les asiles sont peuplés d'épileptiques. On objecte toujours au chirurgien ceux d'entre eux qui, opérés, ont dû y entrer quand même. C'est l'infime minorité. Il y en a bien d'autres à côté, chez qui les traitements médicaux ont été tentés, seuls et sans plus d'effet. Pourquoi, au lieu de regarder avec une suspicion peut-être trop hâtive et systématique les tentatives consciencieusement faites pour améliorer le sort de ces misérables, ne pas guider ces tentatives et leur apporter, après en avoir pris une connaissance exacte, l'appoint de son expérience ?

Influence motrice du pneumogastrique sur l'intestin grêle. — MM. Courtaud et Guyon. Nous avons continué la série de nos recherches sur l'innervation du tube digestif. Au niveau de l'intestin grêle, la forme de

de la contraction musculaire ne dépend pas de la structure des muscles. Les mêmes muscles (couche circulaire) se contractent, en effet, d'une façon différente suivant que l'excitation leur est transmise par le pneumogastrique ou le sympathique.

Actinomyose de la joue. — M. Brault (d'Alger) envoie l'observation d'un malade atteint d'actinomyose de la joue.

Anomalie chez les cestodes. — M. Raillet signale des variations dans le nombre des cestodes et dans la duplicature du scolex chez certains cestodes.

A. SICARD.

H. ROGER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

5 Janvier 1899.

A propos de l'étiologie de la colite muco-membraneuse. — M. Tolédano cite une observation qui semble démontrer l'origine névropathique de la maladie. Il s'agit d'une institutrice de cinquante ans, dyspeptique et atteinte de neurasthénie, qui présentait des alternatives de constipation et de diarrhée, expulsant des produits muco-membraneux pendant les périodes où elle se livrait à ses occupations professionnelles. Mais dès que cette personne se reposait quelques jours, la colite cessait comme par enchantement. Ayant dû demander sa mise à la retraite, elle a obtenu en même temps sa guérison définitive.

M. Dignat a remarqué de son côté l'influence de l'élément névropathique sur la colite et il rapporte des cas de guérison durable, par l'usage d'injections sous-cutanées de sérum artificiel analogue au sérum de Chéron.

M. Jolly montre que les trois théories, dyspeptique, microbienne et nerveuse, par lesquelles on cherche à expliquer la colite muco-membraneuse, se ramènent facilement à l'unité pathogénique.

Un état dyspeptique précède ou accompagne toujours l'affection, car il y a connexion entre l'état fonctionnel de l'estomac et celui de l'intestin (théorie dyspeptique). Les aliments mal élaborés par l'estomac favorisent dans l'intestin une floraison microbienne des plus luxuriantes (théorie microbienne). Les microbes d'une part, les aliments irrégulièrement digérés de l'autre produisent des poisons qui agissent sur le système nerveux (théorie nerveuse).

A. DE CRÉSANTIGNES.

LIVRES NOUVEAUX

Laulanié. — *Energétique musculaire.* 1 vol. de l'*Encyclopédie Léauté* (E. MASSON et GAUTHIER-VILLARS, éditeurs).

L'étude de l'énergétique musculaire peut paraître, au premier abord, abstraite et difficile. Grâce au livre de M. Laulanié, elle devient attachante et aisée. Elève et collaborateur de M. Chauveau, l'auteur expose les idées de son maître et adopte ses doctrines. Quand on a lu son livre, on se rallie à son opinion.

Un premier résultat, devenu classique aujourd'hui, c'est que la source de la contraction musculaire doit être cherchée dans les hydrates de carbone, et non dans les matières azotées. Le sucre, en se brûlant, dégage l'énergie nécessaire, et le foie, par sa richesse en glycogène, fournit les matériaux utiles au mouvement : il devient le collaborateur des muscles.

En faisant varier l'alimentation des sujets en expérience, on trouve la vérification de cette loi fondamentale que : les divers principes immédiats produisent les mêmes effets nutritifs, quand on les substitue les uns aux autres dans la proportion indiquée par les poids isoglycosiques. Cette loi, établie par M. Chauveau, doit être définitivement substituée à la théorie des poids isodynamiques, dont Rubner est le défenseur le plus autorisé.

Dans l'hypothèse thermodynamique, le muscle est considéré comme un moteur thermique, puisant la source de son énergie propre dans la chaleur de combustion, de sorte que la chaleur dégagée est la somme de la chaleur correspondant au travail physiologique et de la chaleur dissipée. Pour M. Chauveau, la formule est plus simple : l'énergie chimique, le travail physiologique et la calorification sont trois termes équivalents. Dès lors, la chaleur résultant de la contraction est la mesure de l'énergie physiologique. Élargissant ce résultat, on peut dire que la chaleur rayonnée par un être résume la totalité de ces énergies physiologiques : c'est une sorte d'excrétion. Or, contrairement à ce qu'on répète souvent, les muscles excrètent la même quantité de chaleur quand ils produisent un travail positif ou quand ils reçoivent une quantité équivalente de travail négatif. Il faut reconnaître cependant que, dans la réalité, le travail négatif chauffe moins que le travail positif, ce qui tient probablement aux modifications survenues dans la circulation et la respiration.

Quoi qu'il en soit, ces faits nouveaux conduisent à faire une critique serrée des recherches de Béclard et de Hirne, dont les résultats ne peuvent plus être admis après les travaux de M. Chauveau. Les expériences si importantes de cet auteur ne sont pas encore achevées et M. Laulanié termine son ouvrage par le programme de

recherches nouvelles, que les résultats déjà obtenus font attendre avec impatience. Mais les données actuellement acquises sont assez intéressantes pour que nous soyons reconnaissants à l'auteur de les avoir exposées dans son livre. Les faits, souvent ardu, les notions de mécanique animale souvent complexes sont exposés dans un style si élégant et si clair que les lecteurs les moins familiarisés avec la mécanique comprendront, sans aucune difficulté, les expériences et les théories. Aussi recommandons-nous cet ouvrage à tous ceux qui ne sont pas encore au courant des importantes découvertes de M. Chauveau et de ses collaborateurs.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la broncho-pneumonie infantile à sa dernière période.

Il arrive assez souvent que le médecin appelé tardivement auprès d'un enfant atteint de broncho-pneumonie trouve le petit malade cyanosé, les extrémités froides, le corps inerte, ne réagissant plus, le pouls presque imperceptible ; à des intervalles toujours de plus en plus espacés, quelques hoquets indiquent seuls encore un reste de vie. Tout semble donc bien fini.

D'après M. Trenthard, même à cette période ultime il ne faut pas perdre tout espoir, car on peut ramener ces enfants à la vie, même quand ils sont très jeunes, et voici comment :

Le malade est mis sur le bras d'une garde, couché horizontalement ; d'une main la garde soutient le thorax, de l'autre elle relève légèrement la tête de l'enfant. On fait alors frictionner énergiquement tout le corps, mais principalement le thorax, avec des chiffons de laine trempés dans du vin très chaud et ces frictions sont combinées avec des pressions brusques sur les côtes pour rétablir artificiellement la respiration.

Sous l'influence de ces manœuvres, les hoquets qui devenaient toujours plus rares, se rapprochent et amènent chaque fois dans la bouche de l'enfant des mucosités qu'on enlève avec le doigt enveloppé d'un chiffon. Les frictions et la respiration artificielle ne doivent être ralenties que lorsque aux hoquets ont succédé quelques inspirations plus profondes ; à ce moment, on cherche à provoquer des nausées en introduisant soit le doigt, soit une barbe de plume ou le manche d'une cuillère au fond de la gorge ; si le petit malade réagit et fait un effort encore inconscient, il a bien des chances d'être rappelé à la vie.

Un paquet de mucosités est amené alors à chaque nausée, et chaque fois le champ respiratoire s'agrandit ; les échanges s'établissent de nouveau, la cyanose diminue, la respiration devient plus profonde ; peu à peu le petit malade se réveille de sa torpeur.

Il est alors enveloppé dans des couvertures de laine chauffées, qu'on change jusqu'à ce que le corps soit revenu à la température normale. Les frictions sont continuées à sec à travers la couverture. Peu à peu la respiration se rétablit plus normale et la vraie toux réapparaît, grasse, saccadée. Toutefois, on n'abandonne pas l'enfant : les frictions sont continuées, mais à intervalles plus éloignés.

Quand l'amélioration s'accroît, on reprend les frictions de vin chaud qui sont répétées jour et nuit toutes les deux heures, puis, moins fréquemment, à mesure que la vie reprend. Dans des cas particulièrement graves et tenaces, ce traitement mécanique doit être suivi sans relâche pendant plusieurs jours.

Dès que l'enfant peut absorber quelque chose, on lui donne des toniques, du thé léger, puis à mesure que les forces reviennent et que les bronches sont suffisamment débarrassées, on le laisse dormir quelques instants, d'abord sur les bras de la garde, puis dans son lit, mais seulement quand un sommeil d'un quart d'heure n'a pas amené de suffocation au réveil.

En somme, il faut traiter le malade comme un noyé, mais un noyé qui retomberait à l'eau constamment.

L. Gayme. — *Essai sur la maladie de Basedow.* 1 vol. in-8° raisin, de 430 pages. Prix : 6 fr. (FÉLIX ALCAN, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARTEAUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

- GRANULÉE**
1 cuillerée à café équivalant à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue..... Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES**
1 dragée équivalant à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue..... Le flacon 4 fr.
- ELIXIR**
On croit la boire du Vin d'Espagne. 1 cuillerée équivalant à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP**
1 cuillerée équivalant à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue..... Le flacon 4 fr.



La Pangaduine
Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée: **Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète.** Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES
d'Or des Travaux chimiques

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par cuillerée à pointe, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE DES PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

HÉMORRHAGIES ANÉMIE

LYMPHATISME CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS



MARQUE DÉPOSÉE

VIN ECALLE

TONIQUE et RECONSTITUANT * à la KOLA et à la COCA

(Rigoureusement dosé à UN GRAMME de chaque substance par verre à madère)

DOSE : Un Verre à madère avant ou après les deux principaux repas, pur ou additionné d'eau. — Pour les Enfants, un verre à liqueur suffit.

Ce Vin préparé avec un **VIN TANNIQUE** d'un degré alcoolique très faible est le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Il ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.

Prix : 450. — **DÉPOT GÉNÉRAL :** 38, Rue du Bac, PARIS. — **ECHANTILLON GRATUIT AUX MÉDECINS**

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 4, rue Casseette.

Exposition Universelle



BRUXELLES 1887

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 40 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laënnec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LA LEVURE DE BIÈRE DANS LA FURONCULOSE, par M. L. BUCQU. 45

THÉORIE INFECTIEUSE DU RACHITISME, par M. STEFANO MIRCOLI 47

ANALYSES

Médecine : Contribution à l'étude de la spondylose rhizomédique, par M. VITTORIO ASGOLO 48

Chirurgie : Critique de divers modes de traitement des fractures, par M. GOLIAKOVSKY 48

Obstétrique et gynécologie : Stérilisation opératoire de la femme, par M. H. ROSE 48

Rhinologie, otologie, laryngologie : Un cas de parakinésie des cordes vocales avec aphonie très prononcée et troubles respiratoires graves simulant une sténose du larynx et de la trachée, par M. JANKELEVITCH. 48

Éloge de René Marjolin (1812-1895), par M. PAUL RECLUS 35

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société médicale des hôpitaux : La culture des microorganismes inférieurs dans l'eau de mer diversement modifiée, MM. DUFLOUQ et LEBRUNE. — Mort subite au cours d'une crise hépatique, M. CHAUFFARD. — De la difficulté de localiser les lésions pulmonaires par les signes stéthoscopiques, M. TOFFIER, MM. L. GIBSON, BÉZALBRE, RENOU. — Surdi-mutité hystérique, M. ANTONY. — Note relative au mode d'action du sulfate de méthyle en applications locales dans le traitement du rhumatisme, M. DU CAZAL. 38

Société anatomique : Tuberculose primitive du rein, M. COTTET. — Kyste appendu à l'intestin chez un chien, M. CATHÉLIN. — Trois cas de cylindrome de la région parotidienne, MM. BRAULT et DELOUX. — Adénomes rénaux expérimentaux aux dépens de portions rénales greffées, M. R. MARIE. — Fibro-myome aborigène du ligament large, M. GRIFFON. — Myxome du grand sympathique, M. CHUPAULT. — Présence de cellules cœli-nophiles dans la tumeur et les ganglions dans un cas de cancer pylorique, M. M. LABBÉ. — Réaction ganglionnaire différente dans deux cas d'infection par le streptocoque, M. LABBÉ. — Appareil enregistreur pour déterminer la position exacte des organes et leur profondeur, M. PICOU. — Mort subite par rupture de l'aorte dans le péricarde, M. DUFOUR. — Fistule congénitale du cou, M. DUFOUR. — Cyanose congénitale par anomalie cardiaque, M. DUBASTE. — Athérome congénital de l'aorte et de l'artère pulmonaire, M. DURANT. — Rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'ammoniaque, M. LE BRETON DE LA FERRIÈRE. — Myxome sous-péritonéal de la paroi abdominale, M. GLANTENAY. — Plaies de l'estomac, du foie et du rein par balle de revolver, M. GLANTENAY, M. SOULIGOUX. — Adénome du sein, M. GLANTENAY. — Hydrosalpinx chez une vieille femme, M. P. GUÉNIOT. 38

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle : Bilan des travaux de la Société en l'année 1898, M. BUISSON. — La lutte contre la tuberculose, M. LANDOUZY. — Prophylaxie pratique de la diphtérie à Privas, M. MARTIN 39

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE — Société de médecine berlinoise : Opération césarienne par la voie vaginale, M. STRASSMANN, MM. GOTTSCHALK, DUBRUSSEN. — Dilatation du cœur d'origine traumatique, M. LENNHOF 39

Société de médecine interne de Berlin : Le régime alimentaire dans les affections fébriles, M. KLEMPERER, MM. SENATOR, GOLDSCHIEDER 39

ILES BRITANNIQUES — Société clinique de Manchester : Éléphantiasis de la vulve, M. ROBERTS. — Prostatectomie sus-pubienne, M. SMITH 40

Société médicale d'Ulster (Irlande) : Ulcération typhique perforée; opération; mort, MM. BIGGON et GARRELL. — Opération de Kraske pour cancer du rectum, M. CAMPBELL 40

RUSSIE — Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg : Tumeur du ligament rond, M. WEBER 40

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à l'étude de la médecine, par M. H. ROGER. 40

PRATIQUE MÉDICALE

L'airol. 40

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 40

RENSEIGNEMENTS

Pour une clinique. On demande, en participation, spécialistes des yeux, des oreilles et du larynx, peau, voies urinaires. S'adresser au journal (345).

Poste à céder à Bellevue (S.-et-O.). S'adresser à M. Balaban, 22, Grande-Rue, de 1 heure à 2. Inutile d'écrire.

La commune de Bussière-lès-Beimont (Haute-Marne) demande un médecin. S'adresser au maire.

M. Chandloux, député de la Nièvre, offre à jeune docteur un poste en province; lui écrire à la Chambre des députés.

Poste à prendre. S'adresser au maire de Breil (Sarthe).

Société de secours mutuels à Marsillargues (Hérault) (700 membres, demande à entrer en relations avec docteur qui voudrait traiter avec elle pour soins à donner à ses membres. Ecrire au président à Marsillargues.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Goldschmidt (de Madère) et Tscherning (de Paris).

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale de 1900. — La Commission d'organisation de ce congrès a tenu sa première séance, avenue Rapp, 2 bis, le samedi 14 Janvier 1899, sous la présidence de M. le professeur Gariel, délégué principal pour les congrès de l'Exposition de 1900. Elle se compose de : MM. Baudouin (Marcel); Bergeron (Jules); Berthod (Paul); Brouardel (Paul); Chauvel (Jules); Comby (Jules); Cancro (Bernard); Cornil (André-Victor); Descaus (P.-H.); Gastou (Paul); Glover (Jules); Guinard (Aimé); Jamin (Robert); Le Baron; Le Blond (Albert); Lereboullet (L.); Maclaure (Placide); Noir (Julien); Ozanne (Emile); de Ranse (Félix); Sevestre (A.); Thirolaix (Jules).

Dans cette première séance, la Commission a élu son bureau :
 Président : M. Lereboullet; vice-présidents : MM. Jamin et Le Baron; secrétaire général : M. Glover; secrétaire général adjoint : M. Gastou. La Commission va se compléter par l'adjonction de quelques membres parisiens et de membres provinciaux et étrangers pour la constitution des comités de patronage de province et de l'étranger.

Elle publiera prochainement le règlement du Congrès et la liste des questions qui feront l'objet des rapports. Pour tout ce qui concerne le Congrès international de médecine professionnelle de 1900, s'adresser ou écrire à M. Lereboullet, président, 44, rue de Lille, ou à M. Jules Glover, secrétaire général, 37, faubourg Poissonnière, Paris.

Société de chirurgie. — PRIX DÉCERNÉS : Prix Marjolin-Duval : M. Vanvert. — Prix Laborie : partagé entre MM. Wiart et Courtillier. — Prix Ricord : n'est pas décerné. Un encouragement de 600 francs est accordé à M. Marcel Baudouin.

PRIX À DÉCERNER EN 1899. — Sont à décerner, en 1899, les prix suivants : Prix Marjolin-Duval, Prix Laborie, Prix Demarquay, Prix Gerdy. Seul, ce dernier prix a un sujet proposé : Anatomie pathologique et traitement du torticolis congénital.

Société de médecine de Paris. (Ordre du jour de la séance du 28 Janvier 1899). — Discussion sur la communication de M. Antonelli (Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis acquise). — M. Leudet : Hystérie et hémoptysie. — M. Albert Weil : 1° Note sur l'emploi, en gynécologie, des courants statiques induits; 2° Présentation d'un nouvel ozoneur. — M. Picqué : Dif-

VICHY-CÉLESTINS
AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
 (Angine de poitrine)
HAMAMELIDINE LOGEAS — Métorrhagies, Troubles de la ménopause, Hémorrhoides, Varices, Tonique vasculaire.
CONTREXEVILLE-PAVILLON

LES FORMES CLINIQUES DE LA PHITISIE PULMONAIRE, par A.-F. PLEIGOUR, Chef de Laboratoire à l'hôpital Lariboisière, 1 vol. in-8° carré, de 96 pages. Prix : 2 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 8, 28 JANVIER 1899.

HÉMONEUROL COGNET
 Oxyhémoglobine, Kélanine et Glycérophosphate de Chaux.
RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL
ST-LÉGER TONI-ALCALINE
ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

LE TORTICOLIS ET SON TRAITEMENT, par le Dr P. REDARD. 1 vol. in-8° carré, de 250 pages, avec 66 figures. Prix : 6 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.
 "PHOSPHATINE FALIÈRES" — Aliment des Enfants.
BORICINE MEISSONNIER
 Antiseptique de la peau et des muqueuses.
VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.
HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

fiabilité du diagnostic de certaines formes du cancer utérin. — M. Stassano : Le concours des phagocytes dans l'issue aseptique des plaies opératoires.

Internat de l'hospice de Brévannes. — Le lundi 13 Mars 1899, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription sera ouvert, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 13 Février 1899, jusqu'au mardi 28 du même mois inclusivement.

Entrée en fonctions le 1^{er} Avril 1899.

Conférence. — M. Frenkel (de Heiden, Suisse), fera le dimanche 29 Janvier, à 10 heures, 12, rue Boileau, une conférence publique sur le *Traitement de l'ataxie locomotrice par la rééducation des mouvements*.

Il présentera les appareils dont il se sert et fera la démonstration des installations spéciales qu'il a fait pratiquer pour l'exécution de sa méthode.

Banquet à M. Verchère. — Les élèves et amis de M. Verchère se proposent de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mardi 7 Février, à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. Le montant de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhésions sont reçues jusqu'au jeudi 2 Février, par : MM. Ruault, 83, faubourg Saint-Honoré; Ozanne, 110, boulevard Haussmann; Chastanet, 16, rue Lafontaine (Auteuil).

Sanatorium militaire. — MM. les députés E. Dubois, Bompard et Millerand viennent de déposer une proposition de loi visant la création d'un sanatorium destiné aux militaires atteints ou menacés de tuberculose. Les dépenses de premier établissement et l'aménagement du sanatorium seront couvertes par les produits à revenir ou d'aliénation par l'Etat des terrains et des bâtiments occupés à Paris, rue de la Tombe-Issore et boulevard Jourdan, par le dépôt de la remonte.

L'exposé des motifs constate que la tuberculose s'est accrue dans les proportions les plus inquiétantes dans l'armée : en 1890, on comptait, sur 1.000 hommes sous les drapeaux, une proportion de 2,70 réformés pour tuberculeux ; en 1895, la proportion atteignait 8,34.

Sans vouloir rechercher les causes de cet aggravation dans l'entraînement sévère auquel sont soumises les troupes, les auteurs de la proposition estiment que l'égalité d'efforts imposée à des hommes de tempéraments différents, d'endurance et de résistance inégales, doit avoir pour conséquence, en surmenant les plus faibles, de fournir un important contingent à la maladie.

Ils croient pouvoir affirmer qu'à la caserne, dans les infirmeries, dans les hôpitaux militaires, il est impossible d'améliorer l'état d'un tuberculeux. Il importe de protéger le conscript que le mal vient de toucher, il importe de protéger ses camarades de la contagion.

Sans doute, dès que la maladie a pris d'inquiétantes proportions, les médecins-majors conseillent le renvoi des militaires atteints dans leurs foyers. Mais combien de soldats n'ont pas de foyers pour les recueillir, alors que leurs bras ou leur cerveau ne peuvent plus rien produire ! Combien de foyers malheureux où la misère physiologique règne, où les lois les plus élémentaires de l'hygiène sont sacrifiées !

Après avoir semé la contagion dans la caserne, le soldat tuberculeux la répandra dans sa famille, dans son village.

Il faut empêcher cette propagation. Il ne faut plus qu'il y ait un seul tuberculeux dans les casernes.

C'est pour cela que la création d'un sanatorium où seront soignés, tout au moins pendant le temps de leur service, les militaires qui ne pourraient sans danger pour eux et pour leurs concitoyens, réintégrer leurs foyers, paraît nécessaire, impérieuse.

L'hospice Favier. — Le président de la République a accepté l'invitation du bureau du Conseil général d'assister à l'inauguration de l'hospice Favier, à Bry-sur-Marne.

La date de la cérémonie est fixée au 4 Février 1899. L'hospice a déjà plus de douze ans d'existence. C'est en effet en 1886 qu'il a été ouvert, dans une magnifique propriété, léguée au département de la Seine par M. Joseph Favier, à condition qu'on y installerait un hospice qui porterait son nom.

La propriété offrait toutes les conditions hygiéniques requises pour le traitement des vieillards débilités. Aussi le conseil général décida-t-il qu'il ferait élever un vaste pavillon dans la partie du parc réservée au potager. C'est ce nouveau bâtiment qui sera prochainement inauguré. Le nouvel hospice se compose d'un corps de bâtiment unique qui a une longueur de 148 mètres et s'élève sur deux étages. Il est construit pour hospitaliser soixante vieillards. La moitié des lits sera attribuée aux hommes, l'autre aux femmes.

La dépense pour les constructions s'élève à 800,000 fr.

Laboratoire de bactériologie de la Préfecture de la Seine. — Pendant le mois de Décembre 1898, le Laboratoire de bactériologie de la préfecture de la Seine a effectué 138 diagnostics d'angines douteuses, dont 57 diphtériques, ce qui porte la proportion de ces dernières à 36,9 pour 100, chiffre sensiblement supérieur au taux relevé durant les mois précédents.

Le même laboratoire a opéré pendant le mois de Décembre 134 autres diagnostics, parmi lesquels 81 relatifs à des produits soupçonnés tuberculeux, où le bacille de Koch a été découvert 42 fois.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté pendant la troisième semaine 881 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (948) et inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de Janvier (1088).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, la rougeole 6, la scarlatine 3, la coqueluche 8 ; ces chiffres s'éloignent peu de la moyenne. La diphtérie n'a causé que 3 décès, au lieu de la moyenne 14. Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile conserve la rareté relative qui

lui est ordinaire pendant les semaines d'hiver ; elle a causé 29 décès (la moyenne est 30).

En outre, 19 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 123 décès, au lieu de 135 pendant la semaine précédente et au lieu de 188, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 30) ; bronchite chronique, 20 décès (au lieu de la moyenne, 38) ; broncho-pneumonie, 44 décès (au lieu de la moyenne 60) ; pneumonie, 43 décès (au lieu de la moyenne 60).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 38 décès, dont 20 sont dus à la congestion pulmonaire ; en outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phthisie pulmonaire a causé 169 décès (au lieu de la moyenne 195) ; la méningite tuberculeuse, 32 décès ; la méningite simple, 26 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 55 décès ; les maladies organiques du cœur, 56 décès ; le cancer a fait périr 58 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

ÉLOGE DE RENÉ MARJOLIN

(1812-1895)

Par PAUL RECLUS

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

Le prophète Isaïe s'indigne qu'un juste puisse mourir sans qu'on y prenne garde et qu'un tel foyer de lumière s'éteigne dans la cité, sans que le peuple en deuil salue sa disparition de ses regrets et de ses douleurs. J'ose dire que René Marjolin fut ce juste dont le souvenir doit être conservé ; d'autres ont mené plus de bruit dans le monde, mais nul n'ouvrit autant son cœur à la souffrance humaine et sa vie fut une lutte sans trêve contre la misère, les maladies et le crime. Son âme rare a été plus grande encore par son amour infini du pauvre que par son mépris de la mort aux heures tragiques de la guerre civile, et ce fut vraiment un héros du bien.

Sa famille appartenait à cette aristocratie de l'honnêteté, la seule devant laquelle nous nous inclinons encore. Son grand-père maternel était un élève de Chopart et de Desault, René Duval, qui passa sa thèse en 1786 et fut le dernier survivant de l'ancienne Académie royale de chirurgie ; la légende faisait de lui un des vainqueurs de la Bastille, tandis qu'au contraire, royaliste ardent, il avait tenté de sauver des fureurs du peuple le gouverneur, de Launay : le malheureux traversa sa maison de la place des Vosges pour s'enfuir par une ruelle, mais il fut reconnu et massacré. Après la Révolution, Duval se spécialisa dans le traitement des affections de la bouche et publia, sur ce sujet, des ouvrages fort appréciés. Il mourut presque centenaire, en 1854. Son petit-fils, qui était aussi son filleul, vécut donc près de quarante années avec lui ; ils se voyaient chaque jour et, quand ils étaient loin l'un de l'autre, ils s'écrivaient constamment. On prévoit l'influence qu'eut sur l'âme et l'esprit de René Marjolin ce vieillard savant, lettré, bon et d'un rare esprit de justice.

Du côté paternel la race n'était pas moins saine. Le grand-père meurt en 1780, en sauvant de l'asphyxie des ouvriers tombés au fond d'une citerne ; il y descend, en remonte deux sur ses épaules, redescend et se charge du troisième ; l'échelle rompt et il est tué du coup. Il laissait une jeune femme et un fils de neuf mois qui devait être le père de René, ce grand Marjolin dont la vie fut vraiment magnifique. A seize ans, il est clerc de notaire, puis soldat ; à vingt ans il choisit une troisième carrière, il vient étudier la médecine à Paris, où, faute d'habits convenables, il use son uniforme de dragon et, faute d'argent, loge au sixième, dans un réduit à trois sous par jour. Mais cette misère fut courte : bientôt il fut interne, il entra à l'École pratique, il en mérita les premiers prix, et, en cet honneur, le ministre l'invita à un dîner qu'empêcha l'arrivée inattendue du premier consul.

Désormais, Marjolin n'eut qu'à suivre la voie triomphale ; avec Richat, Roux, Magendie, Laënnec, il fut un des grands fondateurs de notre enseignement libre. Son cours était pris d'assaut ; on se battait pour conquérir une place dans son amphithéâtre. En 1812, l'année de la naissance de son fils, il concourait avec Roux et Dupuytren pour la chaire de médecine opératoire, libre par la mort de Sabatier ; Dupuytren fut élu, mais Marjolin le serra de si près, que la première place vacante lui fut tacite-

ment destinée, et, de fait, en 1816, il était chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu et, en 1818, succédait à Richerand comme professeur de pathologie externe. Pendant trente ans, il fut le maître le plus écouté, le praticien le plus occupé. Seuls peut-être Dupuytren et Nélaton eurent, dans ce siècle-ci, pareille clientèle et il sema la France et le monde de ses élèves reconnaissants. Nous ne le louerons pas de son courage professionnel : les médecins, comme les militaires, affrontent, sans même y songer, le genre de mort qu'ils côtoient chaque jour. Cependant, il eut plus que sa part de danger : en 1809, il contracta la fièvre putride auprès de ses malades ; en 1814, pendant l'occupation de Paris, on lui confia les typhiques accumulés à la Salpêtrière, il resta plusieurs mois sur la brèche où succombèrent la plupart de ses aides ; enfin, en 1832, lors de la première épidémie de choléra, il déploya la même activité et le même dévouement.

Il ne pla jamais ses convictions à ses intérêts : il vota « non » pour le consulat à vie, et répondit au doyen Thouret qui insistait sur la gravité d'un tel acte : « Telle est ma conviction et je ne suis pas libre de la modifier. » Pendant l'invasion, dont il porta le deuil, il ne fraya pas avec les médecins ennemis, et lorsque Louis XVIII voulut, pour lui offrir, enlever à Larrey le titre de chirurgien en chef de la garde royale, il refusa dédaigneusement. Sa droiture était telle que lorsque, vers 1850, les triumvirs de la jeune école, Follin, Verneuil et Broca, dressaient leur ambitieux programme, ils aspiraient à être anatomistes comme Gerdy, opérateurs comme Lisfranc, cliniciens comme Velpeau, écrivains comme Bérard et, ajoutaient-ils, sincères comme Marjolin. Ces qualités morales du père, devaient se retrouver chez les fils ; et même avec un relief particulier : elles furent tout chez lui, sa raison d'être et comme sa vie.

René Marjolin naquit le 4 Juin 1812, dans la rue Vieille-du-Temple, à Paris. Pour nous, qui sommes d'un coin béni de la province, l'enfance est invinciblement liée dans notre esprit à l'idée de campagne ; nous ne la comprenons qu'au pied de quelques Alpes, au bord d'un Gave ou près de la mer ; le pays natal, c'est la nature libre, les larges espaces, les bois, les oiseaux et les fleurs. Nous seuls comprenons le mot charmant de « école buissonnière », et nous plaignons ceux dont des murs bornent le jeune horizon. Cependant, ils ont aussi leurs souvenirs les vrais Parisiens de Paris, nés à l'ombre de cet ancien Hôtel-de-Ville où battit si souvent le cœur même de la patrie, dans cette rue Vieille-du-Temple, si vivante lorsque René vint au monde, et superbe encore dans le cadre somptueux de ses palais où chaque pierre est marquée par l'histoire. Que de visions l'enfant dut évoquer sous ces porches hautains, dans ces larges cours sombres, à l'entrée de l'étroit passage où périt le duc d'Orléans ! que de rêves il put suspendre aux fenêtres gothiques, aux murs écussonnés, aux cadrans solaires de l'ambassade de Hollande, aux briques roses de l'hôtel de Rohan, à ces esquisses sculptées de la tourelle Barbotte ! Mais ces sensations, vives ou confuses, le jeune René ne les exprimait guère : sa jeunesse fut silencieuse et même un peu comprimée par la gravité de sa mère, femme de devoir et de dévouement, mais qui tint son fils sous une étroite tutelle. Elle mourut, en 1885, à quatre-vingt-quinze ans, et René Marjolin, alors plus que septuagénaire, comptait encore avec ses volontés.

René entra à l'Institution Massin et suivit les cours du collège Charlemagne ; il y fit de bonnes études et en sortit pour prendre ses inscriptions à la Faculté de médecine ; il avait alors dix-huit ans et ses débuts dans la carrière furent rudes : le jeune bénévole était à Beaujon, dans le service de son père, lorsque le peuple de Paris renversa Charles X. Ce spectacle de la guerre civile, que le destin ne devrait infliger qu'une fois au même homme, ou mieux, épargner à tous, il le revit aux journées de Juin, au coup d'État et pendant la Commune. Ses émotions des « trois glorieuses » étaient à peine dissipées que le choléra plonge Paris dans l'épouvante. La guerre civile et la peste, ce fut là son initiation. Y découvrit-il « le sens de la vie » ? Toujours est-il que, dans son indignation devant les cruautés et les douleurs, devant le mal que font et l'homme et le destin, il se rangea dès lors à côté du pauvre, avec les malheureux et les déshérités. Ses études médicales furent solides. Dupuytren

le prit comme externe : en accordant ce rare privilège au fils, il montrait en quelle estime il tenait le père. Les rapports entre ces deux maîtres n'avaient pas été toujours excellents. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu avait bien accueilli Marjolin qui fut, à ses débuts, prosecteur sous ses ordres et le concours de 1812, où le maître et l'élève luttaient pour la même place, ne laissa derrière lui ni rancune ni plaie d'amour-propre. Mais on sait le malheureux caractère de Dupuytren : malgré tous les honneurs, malgré tous les succès, au faite où il dominait seul, il vivait mordu par la jalousie ; le premier rang lui était dû et il ne souffrait personne au second ; dès qu'un caractère ou un talent s'affirmait, il redoutait en lui un successeur ou un rival. Gilbert de Savigny avait attribué à Laënnec une découverte revendiquée par Dupuytren : Marjolin prit la défense de Gilbert, son compagnon de l'École pratique, et l'ami de toute sa vie. Dupuytren supporta mal cette indépendance et l'amitié se relâcha sans toutefois être rompue. L'appel du jeune René dans le service du grand homme fut le gage de la réconciliation. En 1834, l'externe devenait interne, le dix-huitième sur une liste où se lisait le nom de Laborie, de Vigla et qu'ouvrait celui de Barthez.

Tout en préparant son concours du Bureau central, René Marjolin fit plusieurs voyages d'étude. Il visita l'Angleterre, où il reçut un charmant accueil ; le nom de son père avait franchi le détroit et Astley Cooper, Lawrence, Charles Bell, Syme, Benjamin Brodie se disputèrent le jeune Français, qui partagea son temps entre les musées et les hôpitaux ; — plus tard, en Italie, ceux-ci furent un peu délaissés au profit de ceux-là. Puis, il connut les principales villes de France : à Tours, Bretonneau et lui s'entretinrent surtout de botanique et échangeaient leurs fleurs rares ; mais à Bordeaux, à Marseille, il fréquente assidûment les services dont les chefs étaient ou les élèves ou les amis de son père. Il parcourt ensuite les stations thermales des Pyrénées. En 1843, il est en Allemagne : à Heidelberg, il voit Tiedmann, Chelius et Nægele ; Textor à Wurtzbourg, et Humboldt, Dieffenbach, Muller à Berlin.

Notre voyageur constate que les services de chirurgie n'y sont pas mieux organisés qu'en France, mais l'infection purulente y est moins fréquente. A Prague, Pytha compte, dans une année, 14 succès sur 16 amputations de membres. Nos maîtres de Paris auraient, hélas ! à renverser la proportion. Marjolin cherche les causes de ces guérisons extraordinaires ; il pense que nous entassons trop de blessés dans nos salles, qu'on met trop de charpies sur les plaies et qu'on les recouvre trop souvent de cérot. Ainsi, sur bien des points, on fait mieux ailleurs que chez nous ; il faut donc étudier les méthodes étrangères. Il conjure la Faculté, l'Académie de médecine, l'Assistance publique de créer des bourses de voyage pour les quatre premiers internes. Le patriotisme ne consiste pas à mépriser ce qui est hors de nos frontières ; il faut que notre pays soit le meilleur et le plus libre. Cette patrie que nous adorons, nous la voulons telle que la firent nos ancêtres, intacte au dedans, au dehors et toujours généreuse.

René Marjolin fut nommé chirurgien du bureau central à trente ans, et l'année suivante, en 1843, il prenait la part la plus active à la fondation de notre Société. Depuis que la Convention avait supprimé l'Académie royale, la chirurgie française n'avait plus de centre d'action. Auguste Bérard eut l'idée de réunir, chaque semaine, les chirurgiens les plus actifs : 16 de ses collègues répondirent à son appel, parmi lesquels Gustave Monod, Huguier, Robert, Michon, Lenoir, Denonvilliers, Malgaigne, Chassagnac, Maisonneuve, Nélaton, et la Société de chirurgie était fondée. Il faut en lire l'intéressante histoire dans la remarquable notice que mon prédécesseur, Charles Monod, écrivit à l'occasion de notre cinquantenaire. Les séances se tinrent d'abord au vieil Hôtel-de-Ville ; sa caisse, riche de 300 francs environ, fut pillée aux journées de Juin ; Gosselin lui offrit alors l'hospitalité de l'École pratique ; puis la compagnie émigra rue d'Anjou-Dauphine, dans la salle de la Société philomatique ; enfin, avec les succès naquirent les ambitions ; nous devînmes propriétaires à notre tour et, non sans fierté, nous nous installâmes ici, dans ces salles que, devenus exigeants, nous trouvons maintenant trop petites pour notre fortune grandissante.

Le plus jeune des membres, René Marjolin, fut aussi le plus actif de la nouvelle Société. Premier

trésorier d'un modeste trésor, sa main discrète éloigna de nous un calice amer quand, vers 1848, le manque d'argent allait nous contraindre à publier nos bulletins dans un format plus modeste. Une fois la question financière résolue, Marjolin prit la direction des archives et créa cette bibliothèque qui devait mourir de sa croissance même et comme étouffée dans nos chambres étroites par le flot débordant des livres. Ensuite, on créa pour lui, en 1855, les fonctions de secrétaire général, et il inaugura l'usage du compte rendu annuel de nos travaux qu'il rédigea régulièrement jusqu'à 1858, après avoir liquidé l'arriéré des dix années précédentes. En 1859, il est nommé vice-président, et président en 1860, unique exemple d'un membre qui ait assumé la responsabilité et les fatigues de toutes les fonctions du bureau. Enfin, lors de notre cinquantenaire, seul survivant avec Maisonneuve du premier groupe des sociétaires, il fut le président d'honneur de la touchante cérémonie.

Là ne se bornèrent pas ses bienfaits : la Société naissante était mal vue des potentats de la chirurgie, membres de l'Académie de médecine et de l'Institut : maussades et même hostiles, ils se tenaient à l'écart, quand René Marjolin nous amena son père. L'exemple venait de trop haut pour ne pas être suivi, et Roux, Cloquet et Velpeau réclamèrent le titre de membre honoraire. On doit encore à René Marjolin une conquête précieuse : celle de son grand-père, René Duval. C'était en 1852 : Duval avait alors quatre-vingt-quatorze ans ; Hippolyte Larrey, rapporteur de la candidature, sut marquer, en termes graves et nobles, quel honneur nous faisait ce vieillard, le dernier membre de l'Académie royale de chirurgie, et dont la présence était comme la tradition vivante unissant la nouvelle à l'ancienne assemblée. René Duval, ce contemporain des maîtres qui instruisaient les maîtres de nos maîtres, ne fut pas seulement éminemment décoratif : à quatre-vingt-quinze ans il lut à la Société son commentaire du serment d'Hippocrate ; il mourut l'année suivante et, pour perpétuer sa mémoire, son petit-fils créa le prix Duval dont, plus tard, il tripla la valeur. Aussi, est-il désigné sous le nom de Marjolin-Duval : c'est le plus ancien de nos prix, celui auquel nous sommes le plus attachés, car il est lié aux origines les plus touchantes de notre Société.

Dans l'intervalle, Marjolin était devenu chirurgien de Sainte-Marguerite, et de cette époque date sa vraie mission chez les pauvres. Le milieu était propice : en plein faubourg Saint-Antoine, au centre de ce foyer de misère, il voyait s'accumuler dans ses salles tous les déchets de la rue, tous les enfants blessés et infirmes, négligés ou même abandonnés par leurs parents, les pervers, les inoculés, les tarés. Il fallait, après les avoir guéris, songer, pour eux, d'abord au pain du lendemain, puis essayer de les enlever à l'armée du crime : tâche rude, mais Marjolin trouve des auxiliaires, les deux chefs de service, Jules Bergeron et Barthez. A eux trois ils commencent par fonder, dans la Brie, en pleine campagne, une maison de convalescence pour les fillettes de l'hôpital. M. Créquy, interne de l'un d'eux, m'a dit quel souvenir il avait gardé de cet asile où maîtres et élèves formaient une famille unie par un devoir commun.

Jules Bergeron nous reste encore : jeune de cœur, jeune d'idées, toujours sur la brèche, il nous rend l'inappréciable service de vivre ; il montre à notre génération désorientée l'exemple de ces libéraux à l'esprit libre et tempéré, dont la mesure n'excluait pas l'énergie et qui nous manquent tant à cette heure.

Barthez était de cette même race ; sa grande clientèle ne nuisait pas à son service où il passait le meilleur de la matinée. Il était médecin du prince impérial, et Marjolin, obsédé des misères humaines dont il était le continuel témoin, indiquait chaque jour à son collègue une réforme nouvelle à proposer à l'empereur, que, du reste, il put bientôt aborder lui-même. L'hôpital Sainte-Marguerite venait d'être transformé en hôpital d'enfants et dédié à sainte Eugénie, en l'honneur de l'impératrice. Celle-ci ne le visitait guère, mais elle était remplacée dans cette tâche de protectrice par l'amie d'enfance de Louis-Napoléon, M^{me} Cornu, dont la noblesse de cœur fut proclamée même par les ennemis du régime : Marjolin sollicita d'elle une audience de l'empereur, lorsque fut décidée la reconstruction de l'ancien Hôtel-Dieu. Les plans en étaient absurdes : on allait accumuler là, en plein cœur de Paris, plus d'un millier de malades, et cela lorsque l'entasse-

ment des blessés était reconnu comme la cause la moins discutable de l'infection purulente. Marjolin, appelé aux Tuileries, y plaida si vigoureusement qu'un instant la partie fut gagnée ; mais, en fin de compte, Haussmann triompha de la science, de la raison, de l'humanité, et l'Hôtel-Dieu fut élevé à l'ombre de Notre-Dame. Si Lister et Guérin l'ont sauvé de la pyohémie, les millions engloutis dans la monstrueuse entreprise ont consommé la ruine de notre Assistance publique.

Marjolin arrivait à son service à sept heures et demie ; il devait être bien matinal puisqu'il venait à pied de Montmartre : encore les ironistes prétendaient-ils qu'il passait par le Muséum, où l'attirait sa passion pour les plantes et les bêtes. Il entrait dans les salles, le chef couvert du bonnet à oreilles des anciens docteurs du XVII^e siècle, son tablier blanc noué presque sous les bras ; un grand silence se faisait parmi les enfants ; il examinait chaque nouveau petit malade et de préférence ceux que menaçait la coxalgie dont il dépistait très bien les signes avant-coureurs. Comme son père, et plus encore que lui, il ne prenait le bistouri qu'avec une extrême réserve : nos opérations ont, comme en jeu, la vie des malades ; aussi, que d'hésitation avant, que de crainte pendant, que d'anxiété après ! A nos visites chez l'opéré, le pas se fait plus lourd à chaque marche de l'escalier, et nous craignons de lire un verdict fâcheux dans le regard de ceux qui nous accueillent ! Ces angoisses, que nous ressentons tous, Marjolin en souffrit cruellement ; il se demandait si la décision avait été légitime, l'acte correct, et surtout si quelque autre n'eût pas mieux fait que lui ; sa conscience n'était jamais satisfaite. Sa femme connaissait bien ces combats intérieurs et, sans interroger son mari, elle lisait, aux plis de son front, le bulletin des opérés.

Son triomphe, nous dit Edouard Martin, de Genève, c'était la consultation : là, assis entre ses deux internes, il voyait défile devant lui cent à cent cinquante malades ; il donnait des soins aux enfants, des conseils au père ou à la mère. Il connaissait tout ce pauvre monde qui se renouvelle pas aussi vite qu'on pourrait croire ; se le rappelait le nom de plusieurs et souvent prenait leur adresse pour leur envoyer des secours dont il devinait l'urgence. Entre temps, il exposait à ses élèves quelque point de thérapeutique, tout en émaillant ses discours de phrases latines, à sens parfois gaulois, et ne quittait l'hôpital qu'à deux heures. Aussi n'eut-il d'autres clients que ceux de son service. Son père avait voulu le lancer et lui avait confié une dame de qualité qui, tout heureuse de voir un nouveau visage, énumère ses souffrances, analyse ses vapeurs, raconte ses tristesses et montre combien son âme est incomprise. — « Eh bien ! qu'y a-t-il ? » demanda le mari. — « Il y a, Monsieur, que je vous plains de tout mon cœur. » Ce fut sa première et sa dernière visite.

Sa fortune lui permettait cette indépendance ; mais, pour la lui créer, son père y mit beaucoup moins de raideur, et l'on cite de lui des traits d'une aimable ironie. Un jour, un client laisse sur son bureau un papier mystérieux qui contenait une pièce de quarante sous. L'année suivante il revient, et veut déposer une enveloppe analogue ; Marjolin, dont la mémoire était excellente, l'arrête d'un geste : « Monsieur, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de vingt francs. » Son mot à Louis-Philippe est moins connu. Le prince de Joinville était tombé sur le coude et le médecin appelé auprès de l'Altesse croyant sans doute « que rien n'est petit chez les grands », prit une contusion légère pour une fracture. Le roi, qui se croyait chirurgien, jugea que les os étaient intacts et fit appeler Marjolin. Celui-ci examine la jointure avec minutie, la réexamine, puis relève la tête d'un air rassuré et, s'inclinant devant Louis-Philippe, qui n'avait soufflé mot : « Sire, je suis de votre avis. » Si René Marjolin refusait toute opération, consultation ou visite auprès d'un client riche, il était le garde, l'interne, l'aide dans toute famille amie où souffrait un malade ; il s'installait à son chevet, il le soignait, sous les ordres du collègue, et malgré tout, malgré tous, il continuait jusqu'au bout sa tâche d'infirmier.

Marjolin aimait avec passion l'histoire naturelle et les arts. Il cultivait la botanique et, pendant ses voyages, recueillait des graines et des boutures que son père et lui sèmaient et plantaient dans leur beau jardin de Clichy. Avec les savants d'Europe, il parlait autant de fleurs que de chirurgie, et sa

correspondance est pleine du récit de ses herborisations; il s'exalte au souvenir de moissons de plantes sur les flancs du Salève, de digitales cueillies aux pentes des Pyrénées. Il visitait beaucoup le Louvre et il avait un goût décidé pour la peinture. C'est à cette passion-là qu'il dut son mariage : M^{me} Scheffer, hollandaise de Dordrecht, ayant perdu son mari, vint surveiller, à Paris, l'éducation de ses trois fils, dont deux, Ary et Henri, comptèrent bientôt parmi les peintres connus. En 1832, M^{me} Scheffer fut atteinte du choléra; Marjolin le père la guérit et une grande intimité s'établit entre les deux familles. René Marjolin vint prendre des leçons de dessin dans l'atelier d'Ary, celui qu'on appelait déjà « le peintre des âmes », et de qui Renan devait écrire « qu'il sut donner un corps aux idées morales et fixer l'image de tout ce qui nous enchante, nous améliore et nous attendrit ».

L'auteur de tant de toiles célèbres : *Marguerite, Mignon, Françoise de Rimini, Sainte-Monique et Saint-Augustin*, que la gravure a si souvent reproduites et qui se trouvent mêlées à tant de nos souvenirs d'enfance, était d'une droiture et d'une charité peu communes : il payait les loyers de peintres pauvres, et sa bourse et son temps étaient à tout le monde. Aux journées de Juin, il obéit au cruel devoir de se battre contre les insurgés, mais refusa la croix qu'il ne voulait pas, disait-il, ramasser dans le sang du peuple. C'est à son foyer que René Marjolin vit grandir deux enfants : l'une, la fille de Henri Scheffer et plus tard femme de notre illustre Renan, et l'autre, la fille d'Ary, que, malgré la différence d'âge, il obtint en mariage en 1845. Il était désormais dans son milieu vrai; il n'avait plus qu'à suivre sa voie généreuse, avec cette femme de cœur haut et qui ne recula devant aucun devoir. Elle fut, pendant la guerre étrangère, l'infirmière infatigable des blessés à qui elle abandonna son propre appartement; aux jours plus sombres de la guerre civile, elle laissa son mari partir pour affronter la mort, sans un mot qui pût alourdir ses pas. Elle fut l'âme de ses bonnes œuvres, et maintenant qu'il n'est plus, dépositaire de sa pensée, elle essaie de faire à elle seule le bien qu'ils faisaient à deux.

Pendant toute sa carrière hospitalière, René Marjolin resta fidèle à Sainte-Eugénie. La guerre l'y trouva. Nos désastres lui furent un deuil inoubliable, mais il redoubla d'activité et ajouta à ses devoirs des devoirs nouveaux. Sa journée se partageait entre ses anciennes salles, où les blessés affluaient, et l'ambulance qu'il avait créée au collège Chaptal. Après la paix, lorsqu'on dut rendre le collège aux collégiens, c'est dans son propre hôtel qu'il recueillit les valétudinaires. Le 18 Mars, éclata la guerre civile; elle lui fut particulièrement odieuse, car il la connaissait pour l'avoir vue en 1830, en 1848 et en 1852; il savait ce qu'elle souleva de cruautés et le peu que pèse alors le meurtre à la conscience des fanatiques. Mais lui, témoin révolté de tant d'horreurs, il ne songea qu'à diminuer les haines; il n'oublia jamais que des frères étaient en présence et qu'ils s'entre-tuaient.

Pourtant, il avait à songer à lui-même! Un matin, il trouve son hôpital envahi; la Commune avait décidé le renvoi des Sœurs; c'était désorganiser le service, car des infirmières ne s'improvisent pas en un jour. Marjolin proteste, il réclame, au nom de ses petits malades, avec tant d'énergie, qu'il obtint la réintégration immédiate : en quoi il fut aidé par le nouveau directeur, un fédéré nommé Rieder, brave homme d'esprit bizarre et, par surcroît, mormon. Mais de ce jour, le délégué de la Commune, Philippe, surveilla l'hôpital; il y venait souvent et, en manière de plaisanterie, d'un goût plutôt douteux, il annonçait tous les matins aux Sœurs qu'il viendrait le soir souper avec elles.

Dans la dernière semaine, lors des derniers combats, et lorsque s'allumaient les incendies, la situation devint tragique. Marjolin résistait à la Commune, qui exigeait le départ des Sœurs; les sommations se multipliaient et le danger était si pressant que les internes du service vinrent supplier M^{me} Marjolin de retenir son mari. « Le devoir passe tout, dit-elle »; et, malgré l'ordre d'arrestation, tranquillement, à l'heure ordinaire, il franchissait le seuil de l'hôpital. Le 20 Mai, c'est le directeur lui-même qui implore : « Si je ne vous arrête pas, c'est moi qu'on arrête, et vous ne voulez pas ma mort! » Enfin, au sortir d'une entrevue avec le peu débonnaire Raoult Rigault, Proust et Trélat insistent avec tant de force auprès de l'héroïque entêté qu'il

consent à rester chez lui. Mais, dès le deuxième jour, il apprend l'entrée, dans Paris, des troupes régulières; il se mêle à elles, non sans péril; il atteint le faubourg Saint-Antoine et apprend que Philippe est fusillé et qu'on va fusiller Rieder; Marjolin court à sa recherche, le trouve prisonnier à la place du Trône, se fait conduire au général et réclame la liberté de son directeur; il l'obtient, mais Rieder, saisi de nouveau et emprisonné à Mazas, allait partir pour les pontons, lorsqu'on le gracia définitivement sur les instances du pasteur Vernes et de Marjolin.

René Marjolin avait alors soixante ans; l'âge de la retraite allait sonner pour lui : il la devança et, en 1872, il donna sa démission de chirurgien de Sainte-Eugénie. Ce n'est pas le repos qu'il cherchait; jamais, au contraire, il ne se dépença plus qu'à partir de cette époque, vraiment la plus belle de cette belle vie. Je sais une charité haïssable, la charité hautaine de ceux qui donnent pour se croire meilleurs que le reste des hommes, mais où se trahit et perce de tous côtés le mépris de ceux qu'elle secourt. La charité que ne dicte pas la pitié et l'amour n'est pas la charité; elle récolte l'ingratitude et c'est justice. La vraie charité est fraternelle et ce fut celle de René Marjolin : il ne croyait pas que le pauvre doit être intelligent, probe, sobre et travailler pour qu'on daigne s'occuper de lui; ceux qui réunissent toutes ces vertus n'ont pas besoin qu'on les aide, et même le monde est à eux. Il savait le pauvre souvent paresseux, souvent ivrogne, peu scrupuleux; mais il aimait Lazare, malgré ses ulcères, et c'est pourquoi son apostolat fut fécond.

Avant, il voyait les pauvres, surtout à l'hôpital; maintenant il va chez eux, il connaît leur nom, leur catastrophe du jour, l'échéance imminente, le boudoir qui refuse du pain et le propriétaire qui gronde. Que de bouges il visite, jusqu'à la chambre unique où, comme il le disait à M. Picot, il trouva, entassée, une famille de quatorze personnes. Il inscrit tout sur des registres, et l'un d'eux contient jusqu'à trois mille notices, « véritables archives de la misère parisienne ». Il était bien connu dans tous ces taudis. Cependant, un jour qu'il voulait prouver à Tourgueniev que certains quartiers étaient aussi misérables à Paris que les plus hideux bouges de Moscou, il l'amena dans la cité Jeanne d'Arc. La prestance superbe de Tourgueniev, les pièces de 5 francs qu'il distribuait aux mendicants firent grande impression, et l'on chuchotait dans la foule amassée : « C'est l'archevêque et son coadjuteur! »

Cette charité « par contact » est la plus touchante, et Marjolin n'y faillit jamais, mais il la savait trop inefficace pour y borner son effort. Aussi dépença-t-il le meilleur de son temps à des œuvres plus durables que ces secours éphémères. Il étudia les réformes hospitalières, l'hygiène nosocomiale. A l'Académie de médecine qui, suivant un mot fort juste, l'avait nommé « dans la section des hommes de bien », il s'occupe des enfants assistés et montre l'urgence de les isoler des malades atteints d'affections contagieuses. Il obtint de haute lutte la création de nouveaux lits dans les services d'enfants. Il avait trop vécu dans les faubourgs pour ne pas connaître les dangers du vagabondage et publie un magnifique rapport sur ses causes et sur les moyens de le prévenir. Grâce au général Chabaud-Latour, il poursuit, à travers la France, une enquête sur les colonies pénitentiaires, les orphelinats agricoles et les maisons de préservation. Il devient le vice-président de la Société générale des prisons, de ces prisons où il retrouvait, hélas! les malheureux que tant d'œuvres utiles n'avaient pu sauver; il étudie les écoles techniques et professionnelles; il prépare et sollicite la loi de 1889, sur la déchéance de la puissance des parents vicieux; il est nommé président de l'œuvre de la Société protectrice de l'enfance.

Nous ne saurions énumérer toutes les sociétés, toutes les commissions, tous les comités où il apportait son robuste bon sens, son enthousiasme, sa foi, l'ardeur de sa propagande. Il se donnait tout entier, et il savait aussi réclamer des sacrifices aux autres. « Quand vous le voyez de loin dans la rue, à droite, disait l'abbé Deguerri, passez à gauche si vous ne voulez pas être dévalisés. » Comment refuser d'aider celui qui commence par charger ses épaules du plus lourd fardeau? Et quelle franchise, quelle bonne grâce, quelle rondeur dans son accueil! Je n'ai pas eu l'honneur de vivre dans son intimité; lorsque je devins membre de la Société de chi-

urgie, Marjolin ne la fréquentait plus guère; cependant, on le voyait parfois, aux jours d'élections; il s'avancait grand et fort dans ses larges habits toujours un peu flottants et avec une démarche hésitante depuis que sa vue était devenue mauvaise; il rejetait en arrière sa belle tête qui rappelait un peu celle que certaines gravures prêtent à Franklin; l'infinie bonté qui s'épanouissait sur ses lèvres épaisses et dans ses yeux, aux regards devenus incertains, n'excluait pas la fermeté qu'accusaient son nez droit et sa forte mâchoire.

Certes, il était débonnaire, mais il avait aussi de la défense et plus d'un l'apprit à ses dépens. On sourit encore d'un certain secrétaire qui, dès la première séance, accueillit Marjolin avec une bienveillance condescendante et marqua l'intention de tout diriger sous le sceptre de ce roi fainéant. Son illusion fut courte; à la joie de l'auditoire, Marjolin, en quelques mots nets le remit à sa place. Les directeurs d'hôpital ne s'y trompaient pas; ils connaissaient sa courtoisie, mais aussi sa ténacité et ils n'usaient plus avec lui de ces réponses dilatoires si chères aux administrateurs. Et puis, l'ambition n'avait pas de prise sur lui; lors de l'inauguration de Sainte-Eugénie, il fuyait la fête officielle et il fallut le chercher dans les cuisines, où il goûtait la soupe des enfants, lorsque l'empereur voulut épingleur sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur. Pendant plusieurs années, il oublia de fournir à la Chancellerie les pièces nécessaires à son inscription et ne fut officiellement décoré qu'après la guerre, sous la troisième république.

Le soir, après ses journées fatigantes, Marjolin restait avec sa femme dans ce paisible hôtel de la rue Chaptal, qu'ils habitaient depuis la mort d'Ary Scheffer et que peuplaient leurs souvenirs d'enfance et de jeunesse. Là, au milieu de plus belles œuvres du Maître, venait s'asseoir un rare groupe d'amis, Renan, Tourgueniev, Lanfrey, Henri Martin; de grands artistes s'y faisaient entendre : Franchomme, Gounod, Rubinstein et cette admirable Pauline Viardot qui, si souvent, communiqua le frisson sacré à tout un peuple d'auditeurs. C'était sa seule trêve, et le lendemain, il reprenait son éternel souci des autres. Mais un obstacle se dressait maintenant entre ses pauvres et lui; il devenait aveugle, et bientôt il ne put plus sortir sans sa femme; ses forces diminuaient aussi et il connut que le terme de sa carrière était proche. Mais, on savait mourir dans sa famille; il pouvait relire la lettre où son père annonçait sa fin prochaine à son ami Gilbert de Savigny : en quelques lignes, il établit la nature du terrible mal qu'il vient de se découvrir, et, le 12 Janvier, il écrit : « Je serai mort avant le retour du printemps. » Puis, il s'excuse de tant parler de lui; il annonce un envoi de graines de pensées et de reines-marguerites et donne des conseils minutieux sur le semis qu'il ne sera plus là pour surveiller.

René Marjolin attendit la mort avec la même sérénité. C'est chez lui maintenant qu'il réunit les comités; d'autres font ses visites dans les bouges qu'il désigne et on vient lui en rendre compte. Ses amis lui restaient et il assistait à ces charmantes réunions de jeunes filles qui, chaque semaine, travaillaient chez lui pour les pauvres, sous la direction de sa femme. Puis, vint le jour où tous deux voulurent disposer ensemble de la fortune qu'ils tenaient de leurs parents et qui n'avait été qu'un dépôt dans leurs mains; elle avait pour origine l'art et la science : la science et l'art se la partageaient. Une première part fut pour l'Académie des Beaux-Arts, l'Association Taylor et le Musée de Dordrecht qui reçut en outre les plus belles toiles d'Ary Scheffer. La seconde fut pour l'Association des médecins de la Seine et l'Association des médecins de France; ils laissèrent à la Société de chirurgie, aux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, aux frères Saint-Jean-de-Dieu, à la Société philomatique, à la Société protectrice de l'Enfance; enfin la vieille maison familiale de la place des Vosges fut léguée aux étudiants pauvres de notre Faculté. Marjolin avait rendu ses comptes et n'avait plus qu'à mourir; il s'éteignit le 7 Mars 1895; il avait vécu quatre-vingt-trois ans.

Ainsi se déroula, dans la bonté et dans la charité, la vie de ce héros du bien. Non! il n'est pas possible qu'un pays où naissent de tels hommes ne reste pas la terre de la fraternité. A cette heure trouble, on conteste le droit, on raille la justice, le mal devient le bien, la vérité est honnie et le mensonge honoré; on s'injurie, on se méprise, on se hait; des cris s'échangent de proscription et de mort, d'autant

plus hideux qu'on les pousse au nom d'une foi éteinte et de dogmes auxquels on ne croit plus. Allons-nous donc périr dans cette tourmente, et serait-ce la fin de notre douce France? On voit, dans les causses des Cévennes, telle rivière s'engourdir tout à coup dans un gouffre et ne laisser aux yeux désolés que la morne étendue de la plaine stérile; on la croit perdue, lorsque loin, très loin, le flot rejaille aux pieds des rochers, sous les clairs rayons du soleil. C'est ainsi qu'il reparaitra, notre beau fleuve de justice et d'amour; nous le verrons monter à la lumière, plus joyeux encore qu'avant sa course souterraine, et sûrement grossi de quelque torrent nouveau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 Janvier 1899.

La culture des microorganismes inférieurs dans l'eau de mer diversément modifiée. — MM. P. Duloq et P. Lejonne. Pour pouvoir entreprendre des recherches sur l'origine et la nature des sécrétions microbiennes, M. Duloq a cherché un milieu, sinon exclusivement minéral, du moins dépourvu de toute substance albuminoïde.

Il s'est adressé à l'eau de mer, qui, pour devenir un milieu de culture favorable, doit être raménée au titre de 9 grammes de sel additionnés de sels divers, qui ont pour but d'introduire le phosphore, l'azote et le carbone nécessaires à toute manifestation vitale.

Trois liquides ont été particulièrement favorables. Le liquide A est composé de : eau de mer 100 grammes, eau distillée 275 grammes, lactate d'ammonium 2 gr. 50, phosphate d'ammonium 0 gr. 50. Le liquide C diffère du précédent par le remplacement du phosphate d'ammonium par du phosphate de soude : 0,82.

Le liquide E renferme : eau de mer 100 grammes, eau distillée 275 grammes : azotate d'ammoniaque 1 gramme du glycérophosphate de soude 0,30.

Les milieux liquides et les milieux correspondants rendus solides par adjonction de gélose, ont été ensemenés avec une culture provenant d'un tube de gélose ordinaire. A partir de la troisième génération, les cultures ont été aussi abondantes que celles faites sur les milieux ordinaires. Les microorganismes acclimatés par MM. Duloq et Lejonne sont : le bacille d'Eberth, le bacille de la psittacose, le vibron cholérique, le pneumobacille de Friedländer et le bacille pyocyanique par les bactéries pathogènes. Ils ont cultivé encore un tétragnène citrin et le bacillus subtilis; enfin, quatre champignons : l'aspergillus niger, l'actinomyces, les champignons de la teigne et du muguet. Les microorganismes gardent donc leur vitalité dans ces milieux comme le prouvent les dix à douze générations successivement obtenues.

Les bactéries pathogènes acclimatées conservent leur virulence, comme le démontrent les inoculations aux animaux qui périssent en vingt-quatre à quarante heures.

Elles sécrètent leurs toxines dans ces liquides, car les injections de cultures chauffées en filtrats au filtre Chamberland tuent les animaux plus ou moins rapidement avec une baisse accentuée de la température et un amaigrissement considérable selon la quantité de liquide injecté : 1 à 3 centimètres cubes par 100 grammes d'animal.

L'analyse chimique du filtrat, faite par M. G. Bertrand, a démontré que le vibron cholérique de Massouah produit, dans le liquide A au moins, une matière albuminoïde solide et que cette matière est du groupe de l'albumine ordinaire.

Mort subite au cours d'une crise de colique hépatique. — M. Chauffard. Les cas de mort subite au cours de la colique hépatique sont très rares, puisque, depuis ceux qui ont été réunis par Charcot, on n'en trouve guère qu'un publié par Brouardel, et qui avait donné lieu à une enquête médico-légale. Voici le fait que je viens d'observer.

Le 13 Janvier entre dans mon service une femme âgée de quarante-sept ans, et en proie, depuis sept jours, à une crise violente de colique hépatique. C'était une alcoolique, atteinte depuis cinq ans de nombreuses crises hépatiques, les unes graves, prolongées et accompagnées d'ictère, les autres atténuées et sans ictère.

L'attaque actuelle était la plus forte et la plus longue qui se fût encore produite; de plus, outre un léger ictère du deuxième au quatrième jour, il y avait eu des épistaxis abondantes aux troisième, cinquième et sixième jours, et une métorrhagie au quatrième jour; de l'agitation et du délire nocturne.

A son entrée, la malade souffrait horriblement et réclamait une piqûre de morphine, seul moyen, dit-elle, qui la soulage dans ces grandes crises. Elle ne présente aucun signe de collapsus cardiaque, mais sa température est basse, 36°8 dans le vagin.

Une injection de 1 centigramme de morphine est pratiquée. Une heure après, alors que les souffrances pa-

raissaient calmées, la malade est trouvée morte dans son lit.

A l'autopsie, foie d'apparence normale; vésicule ni dilatée, ni atrophie, contenant une douzaine de calculs gros et petits, et une quantité assez abondante d'un liquide blanchâtre et demi-transparent, visqueux, et où l'analyse chimique ne montre ni pigments ni acides biliaires.

Mais, de plus, un calcul gros comme un fort pois chiche est étroitement enclavé en plein canal cystique, immédiatement au-dessus de l'abouchement du canal hépatique. L'occlusion est hermétique et le calcul complètement immobilisé.

Le cœur est sain, vide de caillots et contracté en systole.

Tous les autres organes sont sains.

Cette malade est-elle, suivant l'interprétation classique, morte de syncope réflexe? Ce n'est guère probable, car la mort ne s'est pas produite en plein paroxysme douloureux, mais, au contraire, alors que les souffrances étaient déjà calmées. De plus, dans la syncope, le cœur s'arrête en diastole, tandis qu'il était ici nettement en systole.

Il semble plus naturel d'admettre que la mort est de cause toxique. Une série de causes concourait à amoindrir la résistance de l'organisme : alcoolisme, épouement nerveux dû à sept jours de souffrance, anémie par hémorragies multiples, auto-intoxication d'origine hépatique (foie stéatosé histologiquement). Dans ces conditions, même une dose faible de morphine peut devenir dangereuse et toxique.

L'état d'épuisement nerveux et surtout d'hypothermie doit donc, dans les cas de ce genre, être pris en considération. Il faut ou s'abstenir d'injection morphinique, ou, suivant la méthode proposée récemment par M. Ferrand, faire une injection d'un mélange à parties égales d'éther et de solution de morphine au cinquième.

De la difficulté de localiser les lésions pulmonaires par les signes stéthoscopiques. — M. Tuffier. C'est bien plus dans l'insuffisance du diagnostic ou dans le défaut de localisation des foyers pulmonaires que dans les imperfections de la technique opératoire que réside la cause de nos échecs dans les interventions sur le poulmon.

Les 17 pneumotomies que j'ai pratiquées jusqu'à présent viennent me confirmer et me fortifier dans mon opinion. Nous avons besoin, pour attaquer efficacement une lésion pulmonaire, de deux renseignements précis : son siège et son étendue d'une part, son unicité ou sa multiplicité de l'autre. Sur mes 17 observations personnelles, 7 fois une erreur a été commise. Dans la chirurgie pulmonaire, une erreur de cette nature est capitale et la vie du patient peut en dépendre.

L'existence même de la lésion pulmonaire peut être méconnue par l'auscultation (néoplasmes des bronches et du poulmon, abcès du foie simulant une pleurésie purulente, etc.).

La lésion reconnue pulmonaire, son siège doit être précisé en hauteur et en profondeur pour nous permettre d'attaquer le foyer par la voie la plus directe. Cette localisation peut être mise en défaut (plusieurs observations probantes).

L'étendue de la cavité est plus difficile encore à préciser : une excavation de faible volume peut simuler une énorme cavité, surtout dans le cas d'ectasie bronchique, une série de petites excavations supprimées donne lieu aux mêmes symptômes qu'une cavité unique.

Si l'auscultation est impuissante, la ponction l'est également (50 pour 100 de ponctions blanches).

Bien plus, l'expectoration sous forme de vomique peut perdre sa signification. Chez l'enfant surtout, la bronchorrhée peut simuler l'évacuation d'une cavité unique.

La question du nombre des foyers est capitale, et rien n'est plus difficile que d'y répondre : les foyers multiples ont été méconnus dans un très grand nombre de cas.

Enfin, ces erreurs sont surtout fréquentes dans les affections du lobe inférieur du poulmon; elles sont bien plus rares dans le sommet.

Cependant, à côté de ces erreurs, il est bon de signaler de nombreux cas où le diagnostic exact conduisit à une intervention rationnelle. Ces erreurs deviendront même de moins en moins nombreuses à mesure qu'à l'auscultation, et même à l'exploration chirurgicale, s'ajouteront les recherches plus précises de la radioscopie, de la radiographie et de la stéréo-radiographie.

M. L. Guinon. A l'appui des conclusions de M. Tuffier, je pourrais rapporter un exemple où l'examen clinique, complété par la radioscopie et la radiographie, fournit des résultats insuffisants pour la localisation de la lésion.

M. Béclère. Les pleurésies interlobaires sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait. Depuis que j'emploie la radioscopie pour le diagnostic des affections pulmonaires, j'ai pu observer dix pleurésies interlobaires qui, auparavant, auraient pu être prises soit pour des tuberculoses localisées, soit pour des gangrènes pulmonaires.

M. Rendu. La pleurésie interlobaire peut encore simuler d'autres affections : dans un cas, que j'ai observé il y a deux ans, une pleurésie interlobaire fit croire successivement à une névralgie, à un mal de

Pott, à un tabes; une ponction exploratrice fit faire le véritable diagnostic.

Surdi-mutité hystérique. — M. Antony présente un jeune soldat, âgé de 23 ans, atteint de surdi-mutité d'origine hystérique.

Note relative au mode d'action du salicylate de méthyle en applications locales dans le traitement du rhumatisme. — M. du Cazal envoie une note qui tend à prouver que le salicylate de méthyle est absorbé aussi bien par la surface cutanée que par inhalation.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

27 Janvier 1899.

Tuberculose primitive du rein. — M. Cottet présente un rein enlevé chirurgicalement par M. Albaran; on avait pensé à la lithiase rénale; or, il s'agit de tuberculose caséuse; l'infection a dû se faire par la voie sanguine.

Kyste appendu à l'intestin chez un chien. — M. Cathelin montre l'intestin grêle d'un chien chez lequel il a trouvé un kyste gros comme une mandarine appendu à la paroi intestinale. On pouvait penser à un diverticule analogue à celui de Meckel ayant subi la transformation kystique. Mais la paroi de la poche ne renferme pas les éléments musculaires indispensables pour qu'on puisse dire qu'il s'agit d'un diverticule intestinal.

Trois cas de cylindrome de la région parotidienne. — MM. Brault et Decloux apportent des coupes de trois observations de cylindrome parotidien. La nature de ces tumeurs paraît nettement établie quand on soumet les coupes à la coloration par la thionine, qui fait une élection très nette sur les masses ovoïdes du tissu conjonctif muqueux. Ces masses sont colorées en rose vif, tandis que les cellules avoisinantes conservent une coloration bleu intense. Sur certaines préparations, on voit des tubes épithéliaux affectant la disposition des conduits excréteurs des glandes, entourés par une membrane de tissu conjonctif formant gaîne et présentant une coloration identique à la précédente. Il paraît certain, d'après cela, que les parties roses sont bien des dépendances du tissu conjonctif; les éléments repoussés par ces masses paraissent, au contraire, nettement épithéliaux.

L'analyse des préparations de ces trois observations, appuyée sur la technique sus-indiquée, confirme donc l'explication proposée antérieurement par M. Malassez, et semble contraire à l'idée des auteurs allemands, adoptée récemment par M. Curtis (de Lille).

Adénomes rénaux expérimentaux aux dépens de portions rénales greffées. — M. R. Marie a greffé, chez vingt-cinq chiens, un fragment de portion corticale de rein au-dessous de la capsule. Dans 2 cas, il a obtenu la production d'une petite tumeur néoplasique dont la structure ne rappelle plus celle de la portion greffée; on n'y trouve plus, en particulier, de glomérules. On note une lobulation très nette, et, à un fort grossissement, on a l'aspect d'acini, mais sans cavité centrale. Ces productions rappellent, en somme, les adénomes classiques du rein.

Fibro-myome aborigène du ligament large. — M. Griffon montre un corps fibreux du ligament large, trouvé à l'autopsie d'une femme de trente-deux ans, morte dans le service de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin.

La tumeur, indépendante de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire, occupe la région externe du ligament large, du côté droit, au point où ce repli vient se perdre sur la paroi pélvienne.

Du volume d'un gros œuf de canard, elle est presque entièrement tapissée par le péritoine, et vient dans le cul-de-sac de Douglas appuyer sur la face antérieure du corps de l'utérus, fortement rétrofléchi.

Elle présente, à la coupe, l'aspect classique du fibro-myome, la couleur gris rosé, les fibres en tourbillons. Elle est unique et non formée par la réunion de plusieurs tumeurs, comme le portait à penser la légère lobulation de la surface.

L'utérus est normal anatomiquement, et, au point de vue fonctionnel, on ne relève dans les antécédents rien de particulier, soit quant à la menstruation, soit quant aux grossesses, qui furent toujours régulières.

Les corps fibreux nés et développés dans le ligament large, autochtones ou plutôt, suivant une expression qui paraît moins impropre, aborigènes, s'observent rarement.

Dans le cas actuel, les connexions intimes de la tumeur avec le faisceau vasculaire utéro-ovarien permettent de penser qu'elle s'est développée aux dépens des fibres musculaires sous-péritonéales qui recouvrent ces vaisseaux et se mêlent aux éléments conjonctifs de leur gaîne.

Myxome du grand sympathique. — M. Chipault présente une tumeur enlevée au cours d'une sympathectomie pratiquée chez une épileptique. Elle siègeait sur le trajet du grand sympathique, entre les ganglions supérieur et moyen, et pourrait fort bien s'être développée aux dépens d'un ganglion sympathique.

Au microscope, il s'agit d'un myxome.

Présence de cellules éosinophiles dans la tumeur et les ganglions dans un cas de cancer pylorique. — M. Labbé montre des coupes de carcinome pylorique, où l'on voit, infiltrant les travées conjonctives, d'abondantes cellules éosinophiles. On retrouve ces éléments dans les ganglions cancéreux de la petite courbure, et même, plus abondants encore, dans ceux des ganglions restés normaux de la même région. Il n'y avait pas d'augmentation du nombre des éosinophiles dans le sang.

Réaction ganglionnaire différente dans deux cas d'infection par le streptocoque. — M. Labbé apporte des préparations de ganglions de l'aine d'un cas de streptocoque mortelle; l'infection avait eu pour point de départ un petit abcès du pouce et avait abouti à un adéno-phlegmon de l'aisselle. La suppuration a détruit les ganglions dans cette région, mais l'examen des ganglions de l'aine montre que ceux-ci sont manifestement sclérosés.

A l'autopsie de ce malade, un élève se piqua et fit une lésion locale avec très grosse adéno-pathie axillaire et guérison rapide.

On peut se demander si la façon différente dont a réagi l'organisme, dans ces deux cas, vis-à-vis du même streptocoque, ne tient pas à ce que le premier malade avait ses ganglions sclérosés, et, par conséquent, moins aptes à préserver l'économie.

Appareil enregistreur pour déterminer la position exacte des organes et leur profondeur. — M. Picou montre l'ébauche d'un nouvel appareil pour rechercher la situation des organes centraux. D'après le nombre des oscillations d'une aiguille aimantée, on déduit la profondeur de l'aimant préalablement enfoncé dans l'organe ou la cavité que l'on veut explorer.

Mort subite par rupture de l'aorte dans le péricarde. — M. Dufour présente, au nom de MM. Cival et Lenoble (de Brest), le cœur d'un malade soigné à l'hôpital pour une fracture de jambe, et qui mourut, une nuit, subitement.

L'aorte, très athéromateuse, s'était rompue dans le péricarde.

Fistule congénitale du cou. — M. Dufour montre, au nom de MM. Lenoble et Cival, des préparations de la paroi d'une fistule de la région antéro-latérale du cou, excisée chez un enfant qui la portait depuis sa naissance. La paroi a la structure de la peau.

Cyanose congénitale par anomalie cardiaque. — M. Durante présente le cœur d'un enfant atteint de cyanose congénitale, qui mourut à l'âge de trois mois. L'aorte naît du ventricule droit, l'artère pulmonaire du ventricule gauche; le trou de Botal n'est pas complètement oblitéré.

Athérome congénital de l'aorte et de l'artère pulmonaire. — M. Durante, à l'autopsie d'un enfant né avant terme, et mort de péritonite consécutive à l'infection du cordon, a trouvé des lésions très nettes d'athérome congénital, visible, à l'œil nu, à la face interne de l'artère pulmonaire, évidentes seulement au microscope dans la paroi de l'aorte.

Rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'ammoniac. — M. Le Breton de la Perrière montre l'œsophage et l'estomac d'un malade du service de M. Cornil, qui succomba quelques heures après la gastrostomie, pratiquée pour un rétrécissement œsophagien devenu franchissable deux mois après l'ingestion d'un verre d'ammoniac absorbé dans un but de suicide.

Le rétrécissement admet à peine une sonde cannelée; il siège un peu au-dessus du cardia, sur une longueur de 2 à 3 centimètres.

Myome sous-péritonéal de la paroi abdominale. — M. Glantzeny montre des préparations d'une volumineuse tumeur de la paroi abdominale antérieure, présentée antérieurement à la Société, le jour de l'opération.

Il s'agit d'un myome à fibres lisses, développé entre le plan musculo-aponévrotique et le péritoine pariétal.

Plaies de l'estomac, du foie et du rein par balle de revolver. — M. Glantzeny apporte les organes d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver au niveau des derniers espaces intercostaux.

La balle était allée se loger dans les lombes, après avoir perforé de part en part le lobe gauche du foie, percé les deux parois antérieures et postérieures de l'estomac, et déterminé tangentiellement, sur la face postérieure du rein, un sillon qu'on ne pouvait apercevoir par la laparotomie.

La suture de la plaie hépatique a été relativement facile.

M. Souligoux se rappelle, en présence de cette déchirure postérieure du rein, le cas d'une actrice qu'il opéra dans des circonstances analogues. Le grand épiploon et le colon transverse étaient contusionnés; l'exploration des reins, au niveau de leur face antérieure, ne montra aucune lésion, et pourtant, le lendemain, il y eut une hématurie. Peut-être une pareille fissure avait-elle été déterminée sur la face postérieure du rein, car la balle se perdit dans cette région. La malade guérit.

Adénome du sein. — M. Glantzeny montre une petite tumeur du sein qu'il a extirpée le matin; macros-

copiquement, on doit penser à un adénome; l'examen microscopique sera pratiqué.

Hydrosalpinx chez une vieille femme. — M. P. Guéniot apporte l'utérus d'une femme de 84 ans, qui fit une pneumonie du sommet, puis une hémiplegie du même côté; la trompe est distendue par un hydrosalpinx qu'on ne pouvait soupçonner et qui ne s'accompagne pas de lésions inflammatoires actuelles ou anciennes de la région.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

25 Janvier 1899.

Bilan des travaux de la Société en l'année 1898.

— M. Buisson, avant de céder à M. Landouzy le fauteuil de la présidence, retrace les principaux travaux qui ont fait durant l'année 1899 le sujet des discussions de la Société. M. Pinard, dit-il, a attiré l'attention sur la nécessité d'assurer à l'enfant les meilleures conditions de vie intra-utérine; il a lu un mémoire important sur la puériculture pendant la grossesse normale, qui avait pour but d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur les soins dont la société doit entourer les femmes en état de gestation. Complétant par ainsi dire la pensée de Pinard, M. Galezowski a rappelé, dans son étude sur la prophylaxie et le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, que le Gouvernement ne saurait se désintéresser des premières années de l'enfant.

Suivant l'individu dans la vie sociale, M. Mangenot s'est occupé de la santé des écoliers, et a soumis aux délibérations de la Société un projet de visite médicale quotidienne des écoles, et M. Bouloumié a insisté sur la nécessité de la désinfection des locaux scolaires après les réunions publiques.

La parole alarmée, M. Drouineau, dans ses exposés sur l'année démographique en France, en 1896 et 1897, inspire de pénibles mais salutaires réflexions à la Société de médecine publique, qui s'est donnée la tâche de diminuer les chances de mort et d'accroître, par les progrès de l'hygiène, la résistance organique contre les maladies.

L'hygiène professionnelle a eu sa part dans la description des lunettes d'atelier imaginées avec tant d'ingéniosité par M. Detourbe; l'hygiène alimentaire a été représentée par la communication de M. Liais sur une nouvelle fermeture pour boîtes de conserve.

M. Vallin a appelé l'attention sur la salubrité des planchers qui jouent un si grand rôle dans l'hygiène des habitations collectives, et a établi la valeur hygiénique comparée des planchers et des dallages. L'assainissement de Paris par le tout à l'égout et l'épandage des eaux d'égout, a subi de nouveaux assauts où les champions de cette lutte MM. Launay, Gérardin, Larger, Badois, etc., ont apporté des arguments toujours passionnants. Il semble toutefois que le combat définitif ait été ajourné jusqu'à cette date du 10 Juillet 1899, où les collecteurs doivent cesser de déverser dans la Seine leurs eaux impures. M. Bechmann a présenté, à ce sujet, l'intéressante description des curieux procédés d'épuration bactérienne des eaux d'égout essayés depuis plusieurs années en Angleterre. M. Morin-Gourtau, dans son mémoire sur la jurisprudence de tout à l'égout à Paris et à Marseille, a établi les lacunes de notre législation sanitaire qui devrait être mise en harmonie avec les nécessités sociales et les progrès de l'hygiène.

L'hygiène prophylactique a fait l'objet d'intéressants travaux. M. Lepage a soulevé l'importante et difficile question de la désinfection des véhicules ayant servi aux transports en commun. MM. Letulle, Sersiron, Emile Richard ont montré tous les termes et difficile deviner toute la difficulté du problème de la prophylaxie de la tuberculose, prophylaxie devenue à l'heure actuelle une nécessité sociale de première urgence.

La lutte contre la tuberculose. — M. Landouzy en prenant le fauteuil de la présidence pour l'année 1899, après avoir rappelé le but de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, après avoir rendu hommage au président sortant M. Buisson, et à l'ancien secrétaire général M. Napias, pousse de nouveau le cri d'alarme contre la tuberculose. « Il est du devoir, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, dit-il, d'informer et d'instruire la religion du législateur ou telles multiples circonstances où sa mission est de sauvegarder les ouvriers contre les accidents du travail, les femmes et les enfants contre un long séjour à l'usine, les vieillards contre le chômage forcé et la misère menaçante, les ouvriers contre l'alcoolisme, les collectivités contre la contagion de la tuberculose, qui, dans les grandes villes, où absolument rien n'a encore été légalement organisé, fait autant, à elle seule, pour ruiner l'individu et affaiblir la race que le malthusianisme, l'alcoolisme et la syphilis réunis.

« Dans certains essais d'organisation de la lutte contre la tuberculose, la Société de médecine publique est déjà intervenue du poids de l'expérience et de l'autorité de beaucoup de ses membres; mais, à voir le temps et la peine qu'il faut pour gagner en France les grandes Administrations à la cause de la prophylaxie de la tuberculose, vous jugerez, Messieurs, s'il n'y a pas lieu de

mettre à l'un de vos prochains ordres du jour, la question de l'organisation de la prophylaxie familiale et publique de la tuberculose.

« A voir également la manière désespérément lente dont marche chez nous la création des sanatoriums populaires pour la cure hygiénique de la tuberculose (ils se voient en France par unité, alors qu'ils égalent en nombre ceux des cantons suisses, alors qu'ils vont, en Allemagne, atteindre la centaine), je vous demanderai s'il ne serait pas opportun que la Société de médecine publique se mit elle aussi à prêcher la croisade, et à demander à une de ses commissions d'élaborer un projet de sanatorium populaire à l'usage de nos légions de tuberculeux parisiens; projet de sanatorium dont n'aurait plus qu'à assurer la création, telle société d'initiative privée qu'une volonté charitable et militante aurait su pourvoir de ressources nécessaires.

« Il y aurait dans l'étude de ces deux grands problèmes qui viendraient en discussion immédiatement à la suite des questions en cours, il y aurait là amples matières pour l'activité de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle tout entière, car, il n'est pas un seul de ses membres qui, dans cette question vitale de la prophylaxie et de la cure de la tuberculose par l'hygiène, ne puisse apporter la compétence de chacune des diverses capacités qu'a su grouper, en un vigoureux faisceau, notre Compagnie.

Prophylaxie pratique de la diphtérie à Privas. — M. Martin. Ayant eu l'occasion d'étudier une épidémie de diphtérie à Privas et dans deux localités du voisinage, M. Martin apporte à la Société de médecine publique les réflexions pratiques que lui suggère l'expérience acquise pendant trois semaines d'études. M. Martin a pu se rendre compte par lui-même des difficultés pratiques, des résistances de tout ordre que rencontrent les mesures de désinfection proprement dites, et à quel point elles sont souvent incomplètes. Par contre, l'examen bactériologique de la gorge de tous les enfants des écoles, examen qu'il a pu arriver à effectuer sans trop de difficulté, lui a permis à plusieurs reprises de traiter et d'isoler des enfants atteints de diphtérie. Un autre moyen qui lui a donné également des résultats excellents, c'est l'inoculation préventive de sérum antidiphtérique aux enfants qui avaient pu être en contact plus ou moins intime avec un diphtérique. Indépendamment des mesures de désinfection, examen bactériologique de la gorge des enfants, inoculation préventive, tels sont pour M. Martin les deux points principaux sur lesquels on doit dorénavant baser la prophylaxie de la diphtérie.

P. DESFOSSES.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

18 Janvier 1899.

Opération césarienne par la voie vaginale. — M. Strassmann revient sur la communication de M. Dührssen, pour soutenir que les indications de cette opération, intéressante au point de vue technique, doivent être limitées à certains cas d'éclampsie et aux cas de grossesse avec cancer de l'utérus. Toutes les autres indications, formulées par M. Dührssen, lui semblent inacceptables. Ainsi, dans le cas où M. Dührssen fit la caeliotomie vaginale chez une cardiaque, il exposait sa malade à tous les accidents du chloroforme. Il aurait mieux valu remonter la malade par des toniques, percer ensuite la poche des eaux et laisser l'accouchement se faire normalement.

M. Gottschalk se rallie aux critiques formulées par M. Strassmann. Il considère l'opération de M. Dührssen comme formellement contre-indiquée dans l'insertion vicieuse du placenta, à cause de l'hémorragie et des embolies aériennes qui peuvent se produire.

M. Dührssen répond que les indications précises d'une nouvelle opération ne peuvent être nettement formulées qu'à la longue.

Dilatation du cœur d'origine traumatique. — M. Lennhoff montre le cœur d'un malade qu'il a présenté il y a deux mois à la Société, et qui offrait de la dilatation survenue à la suite d'un traumatisme.

L'autopsie confirma le diagnostic de dilatation simple. En effet, on ne trouva pas d'épanchement dans le péricarde; le cœur, et, principalement, le ventricule droit étaient considérablement ectasiés; pas de lésions valvulaires, mais étroitesse très marquée de l'aorte.

Société de médecine interne de Berlin.

16 Janvier 1899.

Le régime alimentaire dans les affections fébriles. — M. Klempner, en s'appuyant sur ses recherches faites à la clinique de M. von Leyden, estime que, contrairement à l'ancienne opinion, on doit alimenter convenablement les fébricitants et même leur donner des substances albuminoïdes. Il est désirable

que leur ration journalière contienne une quantité d'aliments présentant 2.500 à 2.800 calories. Sous ce rapport, le meilleur aliment serait le lait, dont on pourrait faire prendre 3 litres par jour, ce qui représenterait 1.800 calories; pour couvrir le déficit on pourrait encore donner une demi-bouteille de vin rouge léger et quelques autres aliments liquides.

M. Senator trouve qu'une quantité d'aliments représentant 2.800 calories est trop grande. Dans l'armée allemande la ration du soldat ne contient que 2.400 calories; celle d'un prisonnier non-soumis aux travaux pénibles 1.800 calories; cette quantité de 1.800 calories doit suffire au fabricant qui reste au repos.

M. Goldscheider estime, contrairement à ce que vient de dire M. Klempere, qu'il existe très peu de malades qui puissent prendre 3 litres de lait par jour.

ILES BRITANNIQUES

Société clinique de Manchester.

20 Décembre 1898.

Éléphantiasis de la vulve. — M. Roberts relate l'observation d'une femme de trente et un ans chez qui était apparue, il y a un an, une excroissance au niveau des petites lèvres; lorsqu'on l'opéra, cette tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant. L'intervention ne fut pas suivie de récurrence. La tumeur était presque entièrement composée de tissu fibreux; l'épithélium était épaissi par endroits; les rares vaisseaux qui se trouvaient sur la coupe étaient atteints d'endarterite.

Prostectomie sus-pubienne. — M. Smith a opéré un homme de cinquante-huit ans qui, depuis quatre ans, présentait les symptômes de l'hypertrophie prostatique. L'auteur enleva par morcellement le lobe moyen, qui faisait une saillie de près de 2 centimètres dans la vessie, en arrière de l'orifice urétral. Le malade garda un drain dans l'incision sus-pubienne pendant deux mois. Il est actuellement parfaitement guéri.

Société médicale d'Ulster (Irlande).

5 Janvier 1899.

Ulcération typhique perforée; opération; mort. — MM. Bigger et Campbell rapportent un cas d'ulcère typhique perforé chez un homme de trente-six ans, malade depuis quinze jours; la perforation s'était déclarée par une douleur abdominale soudaine et très vive. On fit la laparotomie dix heures après et on tomba sur une perforation de la grosseur d'un pois, siégeant sur l'iléon à 20 centimètres environ du cæcum et par où s'écoulait abondamment le contenu intestinal; on ferma l'orifice par deux rangées de sutures de Lembert et on fit la toilette du péritoine. Trois jours après, l'état du malade était très satisfaisant; il ne vomissait pas; l'abdomen n'était pas distendu; il n'y avait pas de rétention des gaz.

Le quatrième jour, cependant, le malade succomba brusquement. A l'autopsie, on constata l'occlusion parfaite de la perforation; il n'y avait pas de lésions bien marquées de péritonite.

De cette observation, l'auteur conclut qu'il ne faut entreprendre une opération chez les typhiques que lorsque leur état général leur permet de résister à un traumatisme grave.

Opération de Krasko pour cancer du rectum. — M. Campbell présente une malade de cinquante-six ans chez laquelle il a enlevé le rectum cancéreux par la méthode de Krasko. La guérison semble parfaite; il n'y a pas de trouble sphinctérien.

RUSSIE

Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg.

24 Novembre 1898.

Tumeur du ligament rond. — M. F. Weber a observé trois cas de ces néoplasmes.

1^o Femme de cinquante-huit ans, entrée pour une tumeur de l'aîne gauche, descendant vers la grande lèvre; depuis un an la tumeur a augmenté de volume. De son extrémité supérieure, un tractus se dirige vers le canal inguinal. On pensa à une hernie épiloïque irréductible. A l'opération, on trouva une tumeur qui fut facile à énucléer et qui s'était développée dans le segment externe du ligament rond. C'était un fibrome lymphangiectode.

2^o Jeune fille entrée pour une tumeur pédiculaire de la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque gauche, la tumeur semblait se composer de deux parties: une plus grande à surface mamelonnée, et l'autre petite et lisse. A l'opération, on constata que ces tumeurs siégeaient sur le ligament rond et avaient détruit le canal inguinal. La grosse tumeur était un myo-sarcome et la petite un myome.

3^o Tumeur trouvée au moment de l'opération pour une hernie inguinale. Le ligament rond, appliqué contre la surface interne du sac, se transformait graduellement

à 10 centimètres du collet, en une tumeur aplatie, ferme, siégeant dans l'épaisseur du sac herniaire. L'examen a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myome.

LIVRES NOUVEAUX

H. Roger. — *Introduction à l'Étude de la Médecine.* (GRONOS CARRÉ ET C. NAUD, éditeurs, Paris, 1899.)

Au cours de l'année scolaire 1897-98, M. Roger avait été chargé, en qualité d'agrégé, de faire aux étudiants en médecine de première année un cours « ayant pour but de leur aplanir, dans la mesure du possible, les difficultés auxquelles on se heurte quand on aborde l'étude d'une science ». M. Roger a eu l'heureuse idée de réunir ces leçons, de les grouper, de façon à en former un volume qu'il vient de publier sous le titre d'*Introduction à l'Étude de la Médecine*.

Disons de suite que, sous ce titre modeste, se présente une œuvre de maître, qui dénote chez celui qui l'a conçue et exécutée un esprit aussi clairvoyant que méthodique, possédant à fond les connaissances si variées, théoriques et pratiques, qui font le savant et le clinicien. Pour mener à bien semblable tâche, celui qui se l'était imposée devait être un véritable encyclopédiste, familiarisé aussi bien avec la chimie biologique, la médecine expérimentale, la bactériologie, etc., qu'avec la pathologie et la clinique, connaissant de la médecine autant la science que l'art. Ces qualités précieuses se sont rencontrées chez M. Roger, et nul n'y contredira qui aura consciencieusement lu son livre.

Je ne crois rien exagérer, d'ailleurs, en disant que *l'Introduction à l'Étude de la Médecine* doit être dans les mains non seulement des étudiants, pour lesquels elle sera un guide précieux dans leurs études, le véritable fil conducteur qui les dirigera, mais encore dans les mains des praticiens qui, pour la plupart, y puiseront des connaissances nouvelles, qui, tous, y trouveront l'occasion de se remémorer les grands principes qui servent de base à la pratique de la médecine.

Comme l'a dit lui-même M. Roger dans sa préface, « ce livre n'est pas un manuel de médecine »; je serais tenté de le définir un guide scientifique médical, en ce sens que l'on y trouve tout ce qu'il est nécessaire de connaître pour comprendre la médecine, pour saisir le pourquoi et le comment de la maladie, pour s'armer contre elle, pour en triompher.

S'adressant à des débutants, M. Roger s'est efforcé de leur présenter les choses d'une façon élémentaire — ce qui n'exclut pas, bien au contraire, le côté scientifique élevé, — en ne donnant que ce qui lui semblait définitivement acquis, en rejetant « les discussions théoriques », « les hypothèses douteuses, et les » conceptions discutables ». Il en est résulté autant de clarté que de concision.

L'Introduction à l'Étude de la Médecine ne contient pas moins de 24 chapitres formant un volume de 857 pages. Étant donné le but de l'ouvrage, la façon dont il a été conçu, on comprendra aisément qu'il est impossible de l'analyser en détail; il faudrait le reproduire dans son entier, tant chaque chose y est condensée et synthétisée. D'autre part, il serait fastidieux de passer en revue chaque chapitre; il me suffira de dire qu'après avoir montré le but de la médecine et ses moyens d'être, après avoir donné les définitions nécessaires, M. Roger a montré consciencieusement: ce qu'est la maladie, comment et pourquoi on devient malade, c'est en quelque sorte une première partie; comment on est malade, comment la maladie évolue, avec le mécanisme des lésions, c'est une seconde partie; enfin, comment on reconnaît la maladie et comment on la guérit, en d'autres termes l'examen clinique et la thérapeutique, c'est la troisième partie. C'est là surtout que l'auteur s'est appliqué à montrer l'importance capitale de la clinique, en présence de la médecine expérimentale et de la bactériologie, en présence des recherches du laboratoire, qui peuvent et doivent aider, éclairer, mais non la remplacer.

C'est donc à un point de vue essentiellement pratique que M. Roger s'est placé, et nous ne saurions mieux faire, à ce propos, que de citer ce qu'il écrit en tête du chapitre de « thérapeutique » et que nombre de médecins à tendances quelque peu sceptiques ne sauraient trop méditer. « Le but de la médecine étant de soulager et de guérir, c'est vers la thérapeutique que doivent tendre tous nos efforts. Les études préliminaires que nous avons faites, les examens que nous imposons aux malades, la recherche des symptômes, des processus pathogéniques et physiologiques, des conditions étiologiques seraient absolument stériles et illusoirs, si nous ne devions y trouver le moyen de modifier d'une façon favorable l'évolution morbide. »

L'Introduction à l'Étude de la Médecine, devant être un véritable *vide-mecum* de l'étudiant, a été éditée avec le plus grand soin, dans un format portatif. Ceux qui débutent y trouveront, dans les dernières pages du livre, un lexique qui leur donnera la signification des termes techniques employés.

Comme on le voit, rien n'a été négligé pour faire de ce livre un véritable modèle du genre, et je ne crois pas exagérer en disant que, par sa publication, M. Roger a rendu à la pédagogie médicale un signalé service, dont tous, maîtres et élèves, doivent lui être reconnaissants.

E. DE LAVARENNE.

PRATIQUE MÉDICALE

L'airol.

On sait que l'airol est du dermatol iodé, c'est-à-dire de l'iode incorporé par substitution au sous-gallate de bismuth ou dermatol, et qu'il se présente sous la forme d'une poudre verdâtre, très ténue, peu dense, insipide, mais dégageant une odeur très analogue à celle du goudron. Il est insoluble dans les dissolvants ordinaires (eau, alcool, éther), mais il se dissout très bien dans la lessive de soude et dans les acides minéraux étendus; il donne, avec parties égales d'eau et de glycérine, des émulsions stables. On peut aussi le mélanger intimement à la vaseline, à l'axonge et au beurre de cacao.

L'airol peut donc s'employer de différentes manières: en poudre, que l'on étale à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon; en pommade (lanoline, axonge, vaseline); sous forme de gaze imprégnée d'airol; en émulsion, avec de la glycérine et de l'eau.

Les usages thérapeutiques de l'airol sont fort nombreux; on peut dire qu'il rend des services à peu près dans tous les cas où il s'agit de combattre directement un processus infectieux. C'est ainsi que M. Bonchristiani (de Rome) l'a employé avec un plein succès chez un grand nombre de malades atteints des lésions les plus diverses, mais relevant toutes d'une infection bien déterminée: plaies atones, abcès chaud, clapiers d'ostéite tuberculeuse, conjonctivite purulente, rhinite purulente, otite suppurée de l'enfance, etc.; il se sert habituellement de la formule suivante:

Airol 5 grammes.
Vaseline 20 —

M. Tausig (de Vienne) a rapporté aussi de nombreux succès à l'actif de l'airol. Ainsi, pour les plaies contuses et les brûlures, cet auteur procède de la manière suivante: après nettoyage minutieux de la solution de continuité ou de la surface ulcérée, il fait des applications de poudre d'airol avec un pinceau ou avec le petit soufflet, et termine le pansement en recouvrant le tout d'une feuille aseptique de coton hydrophile; la guérison survient, suivant la gravité des cas, dans un laps de temps variant entre 5 et 20 jours; le plus souvent, il a suffi d'une semaine pour obtenir la cicatrisation complète.

M. Tausig a obtenu d'aussi bons résultats en traitant par l'airol plusieurs malades porteurs de bubons suppurés, d'abcès chauds, etc.; il va sans dire que, dans ces cas, l'application du topique était précédée de l'incision du foyer et de l'évacuation du contenu.

Dans un certain nombre de blennorrhagies aiguës et chroniques, les malades ont été rapidement débarrassés de leurs souffrances au moyen de l'émulsion suivante en injections dans l'urètre, suivant le procédé habituel et décrit partout:

Airol 15 grammes.
Glycérine } 50 —
Eau stérilisée }

Enfin, M. Tausig a encore eu l'occasion de traiter par l'airol, et avec succès, des enfants affligés d'otites suppurées, de conjonctivites phlycténulaires.

BIBLIOGRAPHIE

P. Brouardel et A. Gilbert. — *Traité de médecine et de thérapeutique*. Tome V. Maladies des glandes salivaires, du pancréas, du foie, de la rate, des reins, de la vessie, des organes génitaux. 1 vol. in-8° raisin, de 1000 pages avec figures. Prix: 12 francs (J. B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

Etienne Ginestous. — *Du traitement du cancer épithélial par l'acide arsénieux en solution hydro-alcoolique*. Br. in-8° raisin, de 12 pages (IMPRIMERIE DU MIDI, Bordeaux).

L. Brocq. — *Traité des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques*. 1 vol. in-8° carré, de 290 pages avec 20 figures. Cartonné à l'anglaise. Prix: 6 francs (GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs).

Georges Petit. — *Pour nos enfants. Conseils d'hygiène physique et morale*. 1 vol. in-16, de 140 pages. Cartonné à l'anglaise. Prix: 3 francs (SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES).

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARTEAUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1893.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycéro-phosphate par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
 Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin. Consommations, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

En **POUDRE**, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bonnet.
 Aliments des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
 Agréable dans un grog ou du lait sucré, 3 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. laudanum.
 Paris, 5, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 80 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
 L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉURALGIES

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
 8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE

Chlorure d'Éthyle pur. — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

FIÈVRES * NÉURALGIES
 Remplacer les Sels de Quinine
 PAR

KINEURINE MONCOUR

OU GLYCÉRO-PHOSPHATE de QUININE CRISTALLISÉ

Plus assimilable que les autres Sels de Quinine: Son action fébrifuge est supérieure à celle du Sulfate de Quinine; son apport de phosphore en combinaison naturelle est très apte à combattre la dépression nerveuse.
 La KINEURINE est délivrée en SPHÉRULINES contenant chacune 0gr. 40 centigr. de Glycero-phosphate de Quinine basique, dans une enveloppe gélatineuse, très soluble, inaltérable, ne durcissant pas.
Mêmes indications et mêmes prix que le Sulfate de Quinine.
 Doses: de 6 à 12 Sphérulines par jour.
 Ph^{ie} MONCOUR, 49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS et toutes Ph^{ies}.

1° Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant:

Teinture de Belladone	aa 5gr
Alcoolature de Racines d'aconit	

2° Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de:

Alcool à 90°	100gr
Salol	4gr
Saccharine	0gr 50
Teinture de vanille	aa X gr ^{es}
Essence de menthe	
Carmin pulvérisé	qs pour colorer

3° Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la Machine à écrire "REMINGTON", n° 7
 Caractères "PICA"
 Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser: WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS

EUQUININE **VALIDOL**

Même action thérapeutique que la quinine dans les fièvres, l'influenza, malaria, la fièvre typhoïde, la coqueluche, les névralgies, etc., et comme tonique.
 L'EUQUININE n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la quinine.
VENTE EN GROS: MAX FRÈRES, 31, rue des Petites-Écuries.
 Dépôts chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

Analeptique et Antihystérique
 Présente des effets curatifs remarquables dans l'hystérie, la neurasthénie, les affections stomacales; dans ce dernier genre de maladies, il s'adresse surtout à l'anorexie et aux nausées (non exclu mal de mer).

PRÉPARATIONS DE MALT
 DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT
 AU BROMURE D'AMMONIUM

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
 Vente en Gros: L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE: 30 Millions de Bouteilles PAR AN
SOURCE BADOIT
 L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac. Déclaré d'Intérêt Public Dcret du 12 Août 1897.

Huile de foie de morue synthétique
MORUINE SOUQUE Préparée par E. FALIÈRES
 Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, distils, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIÈRES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
 Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.
 Sous trois formes: } CACHETS..... FALIÈRES, à 0gr. 25 } De Glycéro-phosphate }
 } PILULES..... FALIÈRES, à 0gr. 10 } de Quinine pur }
 } SUPPOSITOIRES FALIÈRES, à 0gr. 35 }

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.
Oxyhémoglobine
 ET
Glycérophosphate
 de CHAUX
 (IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)



CONTRÉ LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE LA CHLORO-ANÉMIE
 avec les CACHÉKIES
SIROP FRAÏSSE
 ADMIS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
à l'OXYHÉMOGLOBINE ET AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 DÉPÔT: GRANDE PHARMACIE MOZART, 83, Rue Mozart, PARIS
 PRIX: 5 France

contre LA PHOSPHATURIE LE DIABÈTE
PILULES FRAÏSSE
 ADMISES DANS LES HÔPITAUX
à l'HEMOGLOBINE ET GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 DÉPÔT: GRANDE PHARMACIE MOZART, 83, Rue Mozart, PARIS
 DANS TOUTES LES PHARMACIES

MARIUS FRAÏSSE, Pharmacien
 83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaud.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESPOSES Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LA MORPHINOMANIE, par DEBOVE 49
LA DÉSORIENTATION CELLULAIRE; A PROPOS DU LIVRE DE M. FABRE-DUMERGUE « LES CANCERS ÉPITHÉLIAUX », par A. BRAULT. 51

MÉDECINE PRATIQUE

De l'eau oxygénée; son emploi en thérapeutique, par A. COTON 53

ANALYSES

Pathologie générale: Epididymite suppurée à bacilles typhiques précédant la convalescence de la fièvre typhoïde, par M. J. STRASSBURGER 55
Médecine expérimentale: Etude sur la pathogénie du choc nerveux, par M. PHILIPPON. — Recherches expérimentales sur les modifications du sérum diphtérique et des toxines diphtériques introduites par la voie buccale, par M. Y. PARCHKOVSKY 55
Médecine: Ulcère rond du duodénum, par M. O. BURWINKEL. — Les bacilles diphtériques et la diphtérie chez les scarlatineux, par M. SØRENSEN. 55
Chirurgie: Mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, par M. HILDEBRANDT. — De l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow, par M. J. MØMUS 55
Neurologie et psychiatrie: Etude sur la descendance des paralytiques généraux, par M. WAHL 56
Ophthalmologie: Considérations cliniques et bactériologiques sur les inflammations aiguës de la conjonctive, par MM. MORAX et PETIT 56
Médecine légale et toxicologie: Contribution à la toxicologie du plomb : de la diffusion du métal dans les divers organes, par M. L. HUGONENQ 56
Médecine publique et hygiène: La désinfection des livres, par M. YOUNG 56

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine: A propos de l'appendicite, M. DIEULAFOY. — Le traitement des hernies par la bicyclette, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. JAVAL. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le bleu de méthylène, M. LEMOINE. — Le parasite de la malaria, M. LAVARENNE. — Microphonographe de Dussaud, M. LABORDY 42
Société de biologie: Influence des infections sur la résistance aux poisons, M. ROGER. — Glycosurie phloridique et exploration des fonctions rénales, MM. ACHARD et DELAMARE. — L'urobilinurie et la porphyrinurie fébrale, MM. ACHARD et MORHAUX. — Sur l'abaissement de la pression artérielle dans la cirrhose alcoolique du foie, MM. A. GILBERT et GARNIER. — Association strepto-colibacillaire chez le cobaye, M. P. NESTICOURT. — Infection tuberculeuse d'un cancer de l'estomac, M. H. CLAUDE. — De la présence du bacille d'Eberth

dans le sang, MM. de GRANDMAISON et CARTIER. — Dégénérescence scléreuse du placenta chez une femme non albuminurique, MM. RUPAULT, DESSAIGNE et de GRANDMAISON. — Pancrétites hémorragiques expérimentales, M. LEVADITI. — Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation partielle du thorax, M. A.-M. BLOCH. — Localisation de l'antitoxine diphtérique dans l'organisme des chevaux immunisés, M. d'ASTROS. — Altérations du noyau de l'hypoglosse, M. HALPERN. — Recherches cliniques de calorimétrie, M. BONNIER. — Variations du poids de la moelle, M. HENRI 43

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 8 Février 1899, à 1 heure. — M. MOCH: Des kystes perlés de Viris; MM. Terrier, Joffroy, Lancereaux, Maucclair. — M. RUPAULT: Contribution à l'étude pathologique de la bourse séreuse pérotulienne. Hygroma chronique sanguin; MM. Terrier, Joffroy, Lancereaux, Maucclair. — M. PEISSE: Récidives dans le rhumatisme blennorragique; MM. Joffroy, Terrier, Lancereaux, Maucclair. — M^{me} PETIT: Séborrhée grasse de Sabouraud; MM. Fournier, Tillaux, Broca (Aug.), Méry. — M. WIART: Recherches sur l'anatomie topographique et la voie d'accès du cholédogue; MM. Tillaux, Fourrier, Broca (Aug.), Méry. — M. CUSÉO: Tuberculose primitive du sein; MM. Tillaux, Fournier, Broca (Aug.), Méry. — M. WILLARD: Les accidents du curtage de l'utérus; MM. Tillaux, Fournier, Broca (Aug.), Méry.

Jeudi 9 Février 1899, à 1 heure. — M. MORNAC: De l'hygroma sous-ictéroïdien; MM. Guyon, Chantemesse, Ménétrier, Albarran. — M. REY: Etude clinique et expérimentale de la leucocytose; MM. Chantemesse, Guyon, Ménétrier, Albarran. — M. GRENET: Du foye pneumonique; MM. Raymond, Budin, Thoinot, Langlois. — M. IGNARD: Traitement de l'athrepsie infantile par le lait stérilisé; MM. Budin, Raymond, Thoinot, Langlois. — M. GENEAY: Prématurés et débiles; MM. Budin, Raymond, Thoinot, Langlois.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 Février 1899. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 (A. R.): MM. Lannelongue, Reclus, Vernier. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1^{re} série): MM. Broca (Aug.), Blum, Maucclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2^e série): MM. Terrier, Humbert, Lejars. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu: MM. Hayem, Teissier, Dupré.

Mardi 7 Février 1899. — 2^e (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1: MM. Mathias-Duval, Blanchard, Grey. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 (N. R.): MM. Le Dentu, Budin, Thiery. — 3^e Oral (Première partie) (A. R.): MM. Berger, Quenu, Bonnaire. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité: MM. Panas, Hartmann, Faure. — 5^e

(Deuxième partie), Charité (1^{re} série): MM. Jaccoud, Hallopeau, Roger. — 5^e (Deuxième partie), Charité (2^e série): MM. Dieulafoy, Troisier, Marfan.

Mercredi 8 Février 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique: MM. Lannelongue, Reclus, Sébileau. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 (1^{re} série): MM. Pinard, Walther, Leguen. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 (2^e série): M. v. Blum, Humbert, Lepage.

Jeudi 9 Février 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique: MM. Le Dentu, Faure, Thiery. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2: MM. Panas, Bonnaire, Rémy. — 3^e (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1: MM. Hutinel, Achard, Thiroloix.

Vendredi 10 Février 1899. — 2^e (Nouveau régime), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1: MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale: MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (1^{re} série): MM. Tillaux, Humbert, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Potain, Wurtz, Gaucher. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque: MM. Pinard, Vernier, Lepage.

Samedi 11 Février 1899. — 2^e (Deuxième partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2: MM. Mathias-Duval, Grey, Chantemesse. — 3^e (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1: MM. Debove, Hallopeau, Achard. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale: MM. Pouchet, Vaquez, Langlois. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Quenu, Bonnaire. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker: MM. Berger, Albarran, Hartmann. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Cornil, Troisier, Thiroloix.

PRINCES DES THÈSES (ANNÉE 1897-1898).

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner ses prix pour l'année scolaire 1897-1898.

Voici la liste des lauréats: MM. Angelesco, Arbois de Jubainville, d'Avellar, Bachumont, Ballet, Baraduc, Barozzi, Bonnos, Brattiano, Brossel, Bureau, Paul Carnot, Chabry, Deyber, Ducrocq, Dufour, Duvernoy, Fournier, Fournier, Funck-Brentano, Garin, Galca, Guimard, Guénarian, Hyenne, Jacob, Justin Joly, Jusué, Kuss, Labbé, Lapointe, Levis-Sirey, Lorrain, Mahu, Masson, Nass, Page-Pley, Portier, Posth, Rabé, Richard, Robineau, Serresion, Terrier, Vanvert, Vermorel, Villier, Weber.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Election à l'Académie des sciences. — Dans sa séance de lundi dernier, l'Académie a élu dans sa section d'économie rurale, en remplacement d'Aimé Girard, décédé, M. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

CARABANA PURGE GUÉRIT

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Roisiers, Paris et Pharmacies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 9, 1^{er} FÉVRIER 1899.

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

GUILLIERMOND SIROP IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. LAURENOL

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu iodoformo-crésoté. BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS. Ecrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINT-GALMIER BADOIT

HAMAMELINE-ROYA: Tonique vasculaire.

Voici donc M. Roux, à quarante-cinq ans, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut, commandeur de la Légion d'honneur. C'est la juste rémunération des services rendus à la science par celui qui, plus que tout autre, fut en situation de continuer la tradition pastoriennne. Il est simple docteur en médecine. Aurait-il pu faire œuvre scientifique aussi considérable, s'il s'était égaré dans la carrière si ingrate des concours pour laquelle tant de forces sont inutilement perdues par l'élite de notre jeunesse médicale?

Hommage au professeur Farabeuf. — La médaille qui a été souscrite par les collègues, élèves et amis de M. le professeur Farabeuf, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, doit lui être remise le vendredi 3 Février, à 4 heures, à l'ouverture de son Cours, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Thomas, ancien professeur à l'école de médecine de Reims.

Pendant la guerre, M. Thomas fut arrêté et conduit à Magdebourg avec MM. Brébant et Henri Henrot. C'est pendant sa captivité qu'il apprit son élection comme représentant de la Marne à l'Assemblée nationale. Il fut constamment réélu jusqu'en 1885, représenta à nouveau à la Chambre, en 1889, la 2^e circonscription de Reims, puis se retira définitivement de la politique en 1893. M. Thomas était le beau-père de M. Troisier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine.

M. J. S. Morand, ancien médecin principal de 1^{re} classe, ancien directeur du service de santé du 7^e corps d'armée, vient également de mourir.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, avec prière d'insérer, la lettre suivante de M. Sargent :

« Le 31 Août 1898, *La Presse Médicale* a bien voulu m'ouvrir ses colonnes pour présenter la défense de mes *Recherches sur la tuberculose des voies biliaires* et répondre aux critiques formulées contre elles dans la thèse de M. Jacobson (de Bucharest).

« Dans le numéro du 25 Janvier 1899, M. Jacobson riposte... sur un ton que j'avais cru prendre soin d'éviter.

« Je n'accepte aucune des nouvelles objections que m'adresse M. Jacobson, car elles relèvent uniquement d'une compréhension insuffisante de mon texte.

« J'avais d'ailleurs eu l'honneur de manifester cette crainte à M. Jacobson dans une lettre personnelle.

« Si nous pouvions nous comprendre, nous finirions sans doute par nous entendre...; malheureusement, M. Jacobson « avoue avoir beaucoup de mal à saisir ma pensée »;...la sienne m'a peut-être échappé pour les mêmes raisons.

« Peut-être, en effet, qu'un bon interprète... Mais, Bucharest est si loin de Paris!...

« Mieux vaut donc considérer le débat comme clos : M. Jacobson conservera son opinion... je garderai la mienne, — les lecteurs impartiaux... et patients... feront justice des critiques déplacées en compulsant les pièces, — et... si M. Jacobson vient visiter l'Exposition, nous tomberons certainement tous d'accord en 1900.

« EMILE SERGENT (de Paris). »

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

31 Janvier 1899.

A propos de l'appendicite. — M. Dieulafoy. Notre éminent collègue, M. Chauvel, a entretenu l'Académie mardi dernier de l'appendicite dans l'armée. Il a fait plus et mieux qu'une communication, il nous a fourni un document des plus importants basé sur 171 cas d'appendicite, document qui résume la question de l'appendicite dans l'armée pendant une période de trois ans. Je prie notre très honoré collègue de vouloir bien m'autoriser à présenter quelques observations au sujet du remarquable travail qu'il nous a communiqué.

Un premier point est bien mis en relief par M. Chauvel, c'est que, chez les gens atteints d'appendicite, on a rarement noté des affections antérieures des voies digestives, des troubles intestinaux ou gastriques, « et nous ne saurions, dit-il, admettre comme démontrée une entérite qu'aucun phénomène morbide n'a jamais dévoilée. » Voilà qui est net et précis. Les observations des médecins militaires portant sur 171 cas d'appendicite, viennent donc à l'appui de la thèse que nous avons soutenue, ici même, avec M. Potain, à savoir que l'appendicite n'est ni la suite ni l'aboutissant des entérites et des entéro-colites : c'est autre chose. On peut voir des centaines de cas d'entérites et d'entéro-colites de toute nature, y compris les formes glaireuses, membranées, sableuses, sans constater à leur suite un seul cas d'appendicite.

Je vois avec satisfaction que l'appendicite acquiert enfin ses droits à l'indépendance, que je ne cessais de réclamer pour elle.

Au point de vue du traitement, on peut diviser les 171 cas d'appendicite qui forment la statistique de M. Chau-

vel en deux parties à peu près égales : 83 cas ont été traités médicalement et 88 cas ont entraîné l'intervention chirurgicale. Pour moi qui ne crois pas au traitement médical de l'appendicite, j'aurais été heureux que M. Chauvel nous donnât des explications plus étendues et plus circonstanciées sur les moyens médicaux mis en usage; je cite textuellement les quelques lignes par lesquelles il nous fait connaître ce traitement, dit médical. « Tant qu'à faire un choix entre les évacuants et l'opium, à proscrire absolument les premiers pour n'utiliser que l'action paralysante du second, les faits ne me permettent pas d'adopter une telle manière de voir. Je crois que l'un et l'autre ont leurs moments et leurs indications et que si l'opium est le calmant par excellence de la douleur et des contractions intestinales, il arrive une période où l'évacuation régulière de l'intestin favorise aussi le retour à l'état normal des fonctions du tube digestif et accélère la digestion. »

L'opium et les purgatifs, les purgatifs et l'opium, voilà donc les simples moyens que la médecine oppose à la terrible toxo-infection appendiculaire. Au risque de me répéter, permettez-moi de vous rappeler mes appréciations sur cette thérapeutique. Lisez ce que des hommes de valeur ont écrit sur les bienfaits du traitement médical de l'appendicite et vous me direz ce qu'on doit penser de pareilles contradictions. Les uns nous disent : gardez-vous bien de prescrire des purgatifs à un malade atteint d'appendicite, rien n'est plus funeste, car c'est exciter les mouvements de l'intestin, c'est favoriser le développement du mal, c'est peut-être aller au-devant des plus graves complications; donnez plutôt l'opium, afin d'immobiliser l'intestin, et provoquez la constipation. Les autres nous disent : prescrivez les purgatifs à un malade atteint d'appendicite; purgez-le, car c'est un moyen de pratiquer l'antiseptie intestinale; purgez-le, car c'est un moyen de combattre l'infection de l'intestin, cette infection cause première de tout le mal. Telles sont les opinions diamétralement opposées, défendues avec une égale conviction.

Mais trêve de théories, abordons les faits, et voyons un peu quels ont été les résultats du traitement dit médical, dans la statistique de M. Chauvel. Sur 83 malades ainsi traités, la mortalité a été, nous dit M. Chauvel, de 30 pour 100. Trente pour cent! c'est dire que sur trois hommes atteints d'appendicite et traités médicalement, un doit mourir, ou peu s'en faut. Je ne connais rien de pareil dans les annales de nos maladies les plus meurtrières, même en remontant aux anciennes épidémies de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de diphtérie. Je n'interprète pas, je constate.

Et de quoi meurent ces hommes traités médicalement? Voici la réponse de M. Chauvel : « D'habitude, les patients succombent à une péritonite suppurée généralisée, parfois à la septicémie péritonéale, parfois aussi à une infection de toute l'économie, née des foyers purulents ou gangréneux parties du foyer appendiculaire. » Mais alors, puisque c'est ce foyer appendiculaire qui cause tout le mal et la mort, ne serait-il pas plus logique de le supprimer en temps voulu, et l'intervention chirurgicale précoce ne serait-elle pas mieux indiquée que le purgatif et l'opium?

Voyons maintenant les résultats qui ont été obtenus lorsque les malades atteints d'appendicite ont été traités chirurgicalement. Sur les 88 cas qui forment cette seconde série de la statistique de M. Chauvel, la mortalité, nous dit M. Chauvel, a été de 31,8 pour 100.

Ce qui fait que sur trois hommes opérés d'appendicite, un doit mourir, ou peu s'en faut.

Par conséquent, en additionnant les cas de mort chez les malades traités médicalement, et les cas de mort chez les malades traités chirurgicalement nous trouvons une mortalité de 38,9 pour 100, soit 52 décès sur 171 cas.

M. Chauvel veut-il me permettre de comparer une autre statistique à la sienne? Remarquez bien, Messieurs, que je ne cherche pas à opposer une statistique à une autre; loin de moi pareille pensée. M. Chauvel nous a mis entre les mains un document précieux à tous les égards; pour ma part, je ne saurais trop le remercier; eh bien, à côté de la franche et loyale statistique qu'il nous a donnée, qu'il me soit permis de placer une autre statistique, qui sera, elle aussi, franche et loyale.

Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, si j'avais à évoquer des succès opératoires personnels, ma place ne serait pas en ce moment à cette tribune, car on est toujours mal venu de vanter sa marchandise. Mais quoique n'étant pas chirurgien, les circonstances ont fait que dans ces trois dernières années j'ai vu de près, de très près, 61 cas d'appendicite. Tantôt j'ai dû assumer à moi seul la responsabilité de l'intervention chirurgicale, tantôt j'ai été heureux d'avoir à partager avec d'autres collègues cette lourde responsabilité. Sur ces 61 cas, je ne peux dire quel a été le résultat du traitement dit médical car n'y croyant pas et conséquent avec moi-même, je ne l'ai ni conseillé ni employé. Donc, sur 63 malades atteints d'appendicite pour lesquels j'ai eu à prendre une décision ou une part de décision, 61 ont été opérés aussi précocement que les circonstances l'ont permis, par les chirurgiens dont voici les noms par lettre alphabétique : MM. Bouilly, Chaput, Cazin, Hartmann, Lucas-Championnière, Monod, Gérard-Marchant, Marion, Pozzi, Richelot, Roulier, Segond. Voici quels ont été les résultats : sur les 40 opérés qui composent une

première série (notée dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu), je relève 6 décès, et sur les 21 opérés qui composent la deuxième série de ces quinze derniers mois, je ne relève qu'un seul décès; autrement dit : 7 décès sur 61 opérés, soit une mortalité de 11,4 pour 100, mortalité qui serait singulièrement réduite, s'il était donné de pouvoir faire opérer certains malades à une phase moins avancée de leur maladie; mais qu'y pouvons-nous quand un homme nous arrive presque mourant à l'hôpital ou quand une famille nous appelle alors que le mal a déjà fait des ravages.

Ne croyez pas que cette mortalité relativement faible soit due à la bénignité des cas qui composent cette statistique. Chez bon nombre de nos opérés, l'appendicite était déjà gangrené, la péritonite était diffuse et le danger était imminent; l'appendicite était gangrené et la péritonite était en pleine diffusion chez la jeune femme grosse de cinq mois, que nous avons vue le 6 Mai 1898 avec MM. Pinard et Bouilly; la péritonite était diffuse, autant dire généralisée, chez le malade que nous avons vu le 16 Septembre 1898 avec MM. Segond et Hamond; l'appendicite était sphacelée et la péritonite était envahissante chez la malade que nous avons vue le 12 Avril 1898 avec M. Hartmann; l'appendicite était gangrené et la fosse iliaque en pleine suppuration chez la malade que nous avons vue dans la Charente-Inférieure avec M. Gérard-Marchant le 13 Août 1898; l'appendicite était gangrené et la péritonite était diffuse chez le jeune garçon que nous avons vu le 24 Mai 1897 avec MM. Roulier et Leval; l'appendicite était sphacelée et la péritonite était généralisée chez la jeune femme grosse de cinq mois que nous venons de voir le 14 Janvier dernier avec MM. Pinard, Segond et Roques. Tous ces malades ont été opérés et ont guéri, et je pourrais multiplier les citations afin de prouver que dans la statistique que je présente les cas graves et intenses occupent une large part.

D'où vient donc que la mortalité pour les 61 cas qui composent cette statistique est relativement peu élevée?

Ce résultat me paraît devoir être attribué à ce fait qu'on n'a pas perdu un temps précieux à instituer ou à prolonger un traitement médical, que je considère pour ma part comme nul et par conséquent comme funeste. L'opération a été décidée et pratiquée aussi promptement que les circonstances l'ont permis; on ne s'est pas attardé à des temporisations plus que regrettables, on ne s'est pas payé de formules préconisant l'abstention opératoire tant que l'appendicite n'est pas refroidie; on a évité de prendre pour une détente de la maladie ce qui n'est bien souvent qu'une accalmie traîtresse; on n'a pas renvoyé au lendemain l'opération qu'on devait faire le jour même, et grâce à ces préceptes qui ont surtout pu être mis en pratique dans les cas qui composent la deuxième série de notre statistique, nous n'avons à noter qu'un seul décès sur 21 malades dont les appendicites ont été traitées chirurgicalement.

C'est en voyant ces résultats, c'est en réfléchissant aux succès merveilleux que donne l'intervention chirurgicale faite à temps, que je suis arrivé à la conviction formelle que, s'il était possible de supprimer à temps le terrible foyer toxo-infectieux que nous connaissons bien maintenant, on supprimerait du même coup tout le danger de l'appendicite, on paraîtrait à tous les accidents, en un mot on ne devrait plus mourir d'appendicite.

Je propose dans les conclusions suivantes :

1° Le traitement médical de l'appendicite (ce qui n'est pour moi qu'une abstention déguisée) est une pratique qui doit être abandonnée, puisqu'elle aboutit à une mortalité de 30 pour 100;

2° Le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'appendicite, mais encore faut-il que l'opération soit faite à temps; c'est là une condition essentielle. Il faut supprimer le foyer appendiculaire, ce foyer toxo-infectieux au premier chef, avant que des désordres irréparables de toxicité et d'infection aient eu le temps de se produire.

Jamais l'axiome suivant n'a été plus vrai : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Le traitement des hernies par la bicyclette. — M. Lucas-Championnière lit un rapport relatif à un travail de M. Loir sur ce sujet.

L'auteur raconte l'histoire d'un sujet qui était atteint d'une hernie inguinale datant de quatre ans, et avait porté plusieurs bandages sans succès. Il lui fit faire de la bicyclette; mais, au début, la bicyclette était trop haute, la hernie fila sous le bandage.

En 1898, le sujet prit une bicyclette basse et fut étonné de voir que sa hernie, au lieu de filer sous le bandage, rentra lorsqu'il montait à bicyclette.

Au bout de quatre mois sa hernie était guérie. — Mais sa hernie était-elle réellement guérie ou seulement masquée?

Le mouvement est un bienfait pour les hernieux; le repos est absolument défavorable, et il vaut encore mieux les efforts exagérés, et il est étonné en effet de voir avec quelle facilité et quelle innocuité certains individus peuvent continuer à travailler avec un mauvais bandage.

Aussi depuis quelques années, je me suis efforcé de faire faire des mouvements et même des sports aux hernieux. Il faut alors leur faire porter un bandage.

Beaucoup de médecins ont défendu aux hernieux la bicyclette; d'autres ont au contraire recommandé cet

exercice; M. Jennings a montré par des observations, il y a dix ans, que le tricycle était capable de guérir ou d'améliorer des hernies. Il y a aussi des auto-observations de médecins, M. Mohamed, par exemple. J'ai moi-même fait de nombreuses observations de ce genre : parmi les coureurs de bicyclette, il y a des hernieux; les uns portent des bandages, les autres n'en portent pas et n'en sont pas gênés. D'autres même, qui portent habituellement un bandage, le retirent lorsqu'ils montent à bicyclette ou à cheval.

J'ai donc recommandé la bicyclette à des hernieux; j'ai même fait faire de la bicyclette à des gens âgés porteurs de hernies volumineuses irréductibles, impossibles à opérer, et ce sport les a considérablement améliorés.

La bicyclette peut rendre des services aux hernieux de diverses façons : elle supprime la situation verticale, c'est-à-dire la descente de la hernie sous l'influence de la pesanteur. Elle diminue les oscillations du centre de gravité, les efforts de la marche; elle fortifie les muscles abdominaux en les faisant contracter fréquemment.

La bicyclette, en outre, produit de l'amaigrissement et permet ainsi aux hernieux de se réduire.

Il faut suivre dans l'usage de la bicyclette une progression régulière, de peur de décourager le malade ou de produire une nouvelle hernie : on lui défendra donc de monter des côtes à bicyclette ou de faire de la vitesse.

Il faut, enfin, placer le hernieux sur une bicyclette peu élevée, avec un siège situé très en arrière de l'axe des pédales.

En résumé, la bicyclette est le véritable exercice des hernieux; c'est le premier qu'on peut leur permettre après la cure radicale de la hernie, tandis que l'escrime, l'équitation ne doivent être repris que plus tardivement.

M. Javal. Les résultats observés par M. Loir s'expliquent par le fait que ce ne sont pas les mêmes muscles qui agissent dans la position verticale ou assise en bicyclette; dans la première, ce sont surtout les muscles extenseurs des membres inférieurs; dans la seconde, ce sont, au contraire, les muscles de la paroi abdominale.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le bleu de méthylène. — M. Lemoine a constaté que le bleu de méthylène employé contre le rhumatisme articulaire aigu avait une action plus rapide et plus efficace que le salicylate de soude; il agit surtout beaucoup mieux sur le rhumatisme blennorrhagique.

Mais il est indispensable de n'employer que le bleu absolument pur et exempt de sels de zinc.

Le parasite de la malaria. — M. Laveran lit un rapport sur un travail de M. Ross, qui a étudié l'évolution d'un parasite voisin du parasite de la malaria hors de l'organisme.

Microphotographe de Dussaud. — M. Laborde présente un microphotographe dans lequel l'amplification des sons est obtenue simplement par l'augmentation du diamètre du cylindre.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

28 Janvier 1899.

Influence des infections sur la résistance aux poisons. — M. Roger. Les expérimentateurs qui ont tenté de déterminer le mode d'action et la dose mortelle des substances toxiques ont constamment opéré sur des animaux normaux. Il m'a semblé intéressant de rechercher si les maladies infectieuses ne provoqueraient pas des modifications de la résistance aux poisons. Dans ce but, j'ai injecté du sulfate de strychnine comparative à des cobayes neufs ou à des cobayes inoculés préalablement avec du charbon. J'ai reconnu ainsi que, dans les premières heures qui suivent l'inoculation, la résistance des animaux n'est nullement modifiée; puis elle s'accroît d'une façon manifeste, pour diminuer considérablement à la fin de la maladie.

La période caractérisée par une augmentation de la résistance m'a paru d'autant plus nette que la dose du virus inoculé avait été plus faible; dans ce cas, en effet, les réactions défensives sont plus marquées et plus durables, et c'est justement pendant que l'animal lutte contre l'infection que son organisme est plus apte à lutter contre l'intoxication.

Plus tard, quand le sang est envahi par des bactéries, les doses de strychnine qui ne produisent rien chez les témoins, provoquent des convulsions intenses et entraînent la mort rapide chez les animaux charbonneux.

Il est possible que les recherches que je viens d'entreprendre conduisent quelque jour à des déductions thérapeutiques. Pour le moment, elles font saisir les modifications de l'organisme, c'est-à-dire du système nerveux dans l'infection charbonneuse, et il est à prévoir que l'étude des poisons chez les animaux inoculés permettra de déterminer le fonctionnement des divers appareils et éclairera, par conséquent, certains problèmes de physiologie pathologique.

Glycosurie phloridzique et exploration des fonctions rénales. — MM. Achard et Delamare. Bien que le mécanisme de la glycosurie phloridzique présente encore quelque obscurité, il est un point sur lequel l'accord semble établi : c'est que la glycosurie est produite par une action de la phloridzine sur le rein.

Nous avons essayé d'appliquer ces données à l'exploration des fonctions rénales chez l'homme, et nous avons été conduits à instituer une épreuve de la glycosurie phloridzique, qui consiste à injecter sous la peau une très faible dose de phloridzine (5 milligrammes) et à rechercher la présence de sucre dans l'urine, recueillie méthodiquement à partir du moment de l'injection.

Chez les sujets normaux, le sucre apparaît dans l'urine pendant trois heures, et sa quantité varie de 5 décigrammes à 2 grammes.

Dans presque tous les cas où il y avait lieu d'admettre un mauvais fonctionnement des reins, l'épreuve a indiqué une élimination déficiente du sucre : soit l'absence complète de glycosurie (anaglycosurie), soit une quantité très faible (hypoglycosurie). Nous devons ajouter que, comme le procédé du bleu de méthylène, celui de la glycosurie phloridzique s'adresse non pas à l'état anatomique du rein, mais à ses fonctions.

L'urobilinurie et la perméabilité rénale. — MM. Achard et Morfaux. L'état du rein doit être pris en considération lorsqu'on veut apprécier l'élimination du sucre urinaire, soit dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire, soit dans la recherche de l'insuffisance glycolytique, soit dans certains cas de diabète compliqué de néphrite.

Il en est de même pour l'élimination de l'urobilinurie. La disparition de l'urobilinurie dans les cas de lésions profondes du rein avait déjà été signalée. Nous apportons la preuve expérimentale de ces faits. Chez un sujet normal, l'injection de 0,10 centigrammes d'urobilinurie donne lieu, environ une heure après, à un peu d'urobilinurie; chez plusieurs sujets atteints de néphrite chronique, l'épreuve urobilinurique, à cette même dose, fut négative. La dose d'urobilinurie qui suffit à traverser le rein normal est donc incapable de vaincre la résistance opposée par le rein malade.

Sur l'abaissement de la pression artérielle dans la cirrhose alcoolique du foie. — MM. A. Gilbert et Garnier. Nous avons constaté dans tous les cas de cirrhose que nous avons examinés à ce point de vue, un abaissement notable de la pression artérielle; au lieu de 17 à 18 centimètres, chiffre normal, on trouve seulement une pression variant de 10 à 14 centimètres de mercure. Cet état de la pression artérielle est, de plus, notablement influencé par la ponction de l'ascite; elle s'abaisse encore davantage après la paracentèse, pourvu, toutefois, que l'évacuation du liquide soit complète, et laisse le péritoine à sec.

Cette hypotension contemporaine de l'ascite doit être différenciée de celle de la période terminale, qui est liée à la cachexie. La connaissance de ce symptôme a une certaine importance en clinique; il peut servir, dans certains cas, à confirmer un diagnostic hésitant.

Au point de vue de la physiologie pathologique de ce symptôme, nous pouvons invoquer la gêne mécanique apportée à la circulation hépatique par le développement de la sclérose. L'oblitération momentanée de la veine porte par application d'une pince à forcipresse amène, en effet, un abaissement notable de la pression artérielle chez les animaux.

Dans la symptomatologie si complexe des cirrhoses alcooliques, on peut opposer les signes dus à l'altération de la cellule hépatique (signes d'insuffisance hépatique), à ceux liés à la gêne mécanique de la circulation porte; l'hypotension rentre dans ce deuxième groupe de signes, elle tient sous sa dépendance la tachycardie et l'oligurie; de sorte qu'en face du syndrome lié à l'hypertension portale (ascite, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, hémorroïdes, varices œsophagiennes), il y a lieu de faire une place à un autre syndrome dû à l'hypotension artérielle.

Association strepto-colibacillaire chez le cobaye. — M. P. Nobécourt. Nous avons étudié expérimentalement chez le cobaye l'association de cultures de colibacilles isolés des selles normales ou pathologiques de jeunes enfants, et de cultures de streptocoques isolés des mêmes selles ou de milieux différents : lait, exsudat d'angine, surface cutanée.

Mélangés *in vitro* au moment de l'inoculation dans les proportions d'un demi à un centimètre cube de colibacilles et de un à deux centimètres cubes de streptocoques, dose où ils sont sans action isolément, ces microbes tuent rapidement des cobayes d'un poids moyen de 300 grammes. Nous avons obtenu des résultats positifs 15 fois sur 20 expériences, tout en constatant des degrés dans la virulence de ces associations.

Le mélange des cultures est nécessaire, car les mêmes doses inoculées en des points différents sont inactives. De plus, la mort résulte généralement d'une colibacilliose généralisée, et non d'une infection mixte strepto-colibacillaire, car le sang du cœur donne le plus souvent des cultures pures de colibacilles, quelquefois seulement on peut constater quelques colonies de streptocoques.

Chez le lapin, au contraire, cette association strepto-colibacillaire détermine de l'érysipèle, comme l'ont constaté MM. Vidal et Besançon, et comme nous l'avons constaté nous-même dans 4 cas sur 5 étudiés à ce point de vue. Il est donc nécessaire de tenir compte du réactif animal pour l'étude expérimentale des associations microbiennes. Il n'y a pas toujours coïncidence entre l'activité d'une même association pour les deux espèces animales.

Infection tuberculeuse d'un cancer de l'estomac. — M. H. Claude. L'évolution sur un même point de l'organisme d'un cancer et d'une tuberculose constitue un fait pathologique d'une extrême rareté. A l'autopsie d'un homme mort d'une tuberculose intestinale et pulmonaire, j'ai trouvé une tumeur de l'estomac bordée sur une partie de son étendue par une ulcération très superficielle. Les caractères macroscopiques permettaient de penser qu'il s'agissait d'un cancer ulcéré. L'examen histologique montra l'existence d'un épithélioma alvéolaire à cellules cylindriques, développé très vraisemblablement sur un adénome dont certaines parties de la tumeur laissaient voir des vestiges. Il existait d'ailleurs à côté de la grosse tumeur trois petits adénomes polylocaux à caractères très nets. Mais de plus, dans les parties profondes du néoplasme, on distinguait des follicules qui furent reconnus par l'examen, pour des follicules tuberculeux contenant des cellules géantes et des bacilles de Koch.

Je pense qu'il s'agit, dans le cas présent, d'un cancer développé sur un adénome, et que ce cancer a été infecté secondairement par les bacilles tuberculeux arrivés dans l'estomac avec les crachats. La diminution de l'acide chlorhydrique, les modifications fonctionnelles des éléments épithéliaux ont été des causes favorables du développement de l'infection bacillaire. Ce fait prouve en tout cas que le cancer est loin d'être un mauvais terrain pour l'évolution de la tuberculose, et si les exemples d'une semblable symbiose tuberculo-cancéreuse sont encore peu connus à l'heure actuelle, c'est peut-être que le microscope seul est capable d'en faire la démonstration.

De la présence du bacille d'Eberth dans le sang. — MM. de Grandmaison et Cartier. La présence dans le sang de bacilles d'Eberth est un fait rare. Nous venons d'en observer un exemple chez une femme entrée à l'hôpital pour avortement, et présentant des symptômes abdominaux (ballonnement et taches rosées). La réaction de Widal fut positive, et l'ensemencement du sang donna des cultures pures de bacilles d'Eberth.

Dégénérescence scléreuse du placenta chez une femme non albuminurique. — MM. Ribemont-Dessaigne et de Grandmaison. Nous venons d'observer un cas de thrombose placentaire suivi de sclérose chez une femme non albuminurique, et qui accoucha prématurément d'un fœtus mort et macéré. L'examen histologique de ce placenta nous a révélé deux détails pathologiques importants : une dégénérescence scléreuse très développée et une infiltration pigmentaire assez discrète des tissus sclérosés. L'endartérite paraît être le point de départ de ces lésions, et il paraît logique de penser que l'altération primitive est due à des matières toxiques charriées par le sang maternel.

Pancréatites hémorragiques expérimentales. — M. Levaditi. Au cours d'expériences poursuivies avec M. Charrin sur le rôle des toxines déposées dans le tube intestinal, nous avons observé des lésions hémorragiques du pancréas. On peut se demander si ces principes toxiques résorbés par la glande pancréatique ne l'ont pas altérée par contact au passage, et si ces lésions, à leur tour, n'ont pas provoqué une hypersecretion du suc glandulaire, capable de neutraliser au moins en partie l'activité de la toxine.

Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation partielle du thorax. — M. A.-M. Bloch. J'avais recommandé chez les tuberculeux pulmonaires l'application d'un appareil plâtré sur la moitié thoracique correspondant à la lésion. Actuellement, j'ai substitué à ce traitement l'emploi d'un bandage serré modérément à la partie supérieure de la poitrine, bandage posé sur une couche d'ouate et retenu dans sa position par des bretelles faites de bandes de toile comme le bandage lui-même.

Localisation de l'antitoxine diphtérique dans l'organisme des chevaux immunisés. — M. d'Astros (de Marseille) communique un travail dont les conclusions tendent à prouver que la quantité d'antitoxine contenue dans les organes est infime, comparée à celle contenue dans le sérum.

Altérations du noyau de l'hypoglosse. — M. Halipré (de Rouen) envoie le résultat de ses recherches sur les altérations cellulaires du noyau de l'hypoglosse consécutives à la destruction de ce nerf.

Recherches cliniques de calorimétrie. — M. Bordier (de Lyon) adresse l'observation d'un malade chez lequel un courant d'air froid sur la jambe gauche provoquait le réflexe de l'éternuement. Il a pu chez ce malade, en examinant comparativement au niveau des deux membres inférieurs, la chaleur rayonnée et la température, au moyen de calorimètres et de thermomètres locaux, observer des variations de calorimétrie, alors que l'échelle thermométrique restait la même.

Variations du poids de la moelle. — M. Henri envoie une note sur les relations de proportion entre le poids de la moelle et le poids du corps chez les animaux.

A. SICARD,

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1^o Absence de causticité.
- 2^o Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3^o Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4^o Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Pepsi-Maltose Durand

GRANULÉE

Pepsine extractive, Maltine pure

**ANOREXIE - GASTRALGIE
VOMISSEMENTS**

Se prescrit aux malades auxquels l'alcool est interdit.

Fer Martial Bodin

GRANULÉ

Oxyde ferro-manganique soluble et
Glycérophosphate de soude

**ANÉMIE - CHLOROSE
PALPITATIONS NERVEUSES**

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — Echantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.

22 et 24, PLACE VENDÔME

**HÉMORRHAGIES
ANÉMIE**

**LYMPHATISME
CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP GROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

.... A ces divers points de vue la préparation de Grosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

ADMINISTRATION FACILE DE LA CRÉOSOTE

par les Capsules BÉLY Glycérophosphatées

à ENVELOPPE de GLUTEN, Dosées à 0gr 15 de Créosote



TOLÉRANCE PARFAITE

Pas de Douleurs — Pas de Renvois

Ph^{ie} H. BÉLY, 78, Boul^d des Batignolles, PARIS

1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue... Le grand flacon 5 fr.

1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.

On croit boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue, Le grand flacon 5 fr.

1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux — Médaille d'Or des Travaux chimiques

MARQUE DÉPOSÉE



La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue

Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Délicieuse au goût

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée; Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement
 de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital LASQUÈS, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
F. JAYLE Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

AVIS

La Table des matières du deuxième semestre de l'année 1898 paraîtra irrévocablement samedi prochain.

SOMMAIRE

DE L'ABAISSEMENT DE LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS LES CIRRHUSES ALCOOLIQUES DU FOIE, par A. GILBERT et M. GARNIER 57

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement médical de l'appendicite à l'hôpital « Bethanien » de Berlin, par R. ROMME 59

ANALYSES

Pathologie générale : Sur la valeur sémiologique des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux, par MM. G. CARRIÈRE et P. BOURNÉVILLE 59

Médecine expérimentale : La leucocytose du travail et de la hypercalémie, par MM. CLÉON HEBBARD et FRANKLIN WHITE. — Nécrose graisseuse expérimentale : action du tissu pancréatique sur le tissu adipeux sous-cutané, par M. HERBERT U. WILLIAMS 60

Rhinologie, otologie, laryngologie : Sur le traitement des sinusites (la sinusite maxillaire exceptée), par M. MOURE 60

Sérothérapie, opothérapie : Traitement de la septicémie purpurale par le sérum antistreptococcique, par M. STERN 60

Voyages d'études aux eaux minérales françaises, par CARON DE LA CARRIÈRE 44

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Sur le traitement des tuberculomes (abcès tuberculeux) symptomatiques ou non d'une altération des os, M. LANNÉLONGUE. — Stéréoscopie des rayons X, M. ROULLIÈRE 46

Société de chirurgie : Sur le traitement par le capiton-nago des kystes hydatiques de l'abdomen, M. PIERRE DELHANT, MM. TUFFIER, BAZY 46

Société médicale des hôpitaux : Abcès gangréneux multiples du poumon gauche. Pneumotomie. Mort dix jours après l'opération, M. L. GALLAND. — Étude clinique et bactériologique de trois cas de pleurésie purulente, MM. H. R. ENDE et E. RIST. — Polyurie nerveuse, xanthélasma chez un enfant, M. AUSSER, MM. SOUQUES, VARIOT, GUINON, TRIBOULET, RAYMOND. — Traitement du croup, M. RICHARDIÈRE 47

Société anatomique : Calcul vésical extrait par la taille hypogastrique, M. MORESTIN. — Lamine formant corps étranger dans l'urètre et la vessie, M. MORESTIN. — Coïte très volumineux à accroissement rapide, M. CLERGÉ. — Ligature des artères de l'utérus dans le cancer de cet organe, M. ROBERT LÉWY, M. MORESTIN.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

POUGUES TONI-ALCALINE

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 10, 4 FÉVRIER 1899.

— Kyste sous-épididymaire spermatique, M. BACALOGLOU. — Tuberculose prostatique, épидидymaire et testiculaire, M. BACALOGLOU. — Note complémentaire sur un cas de cancer de la région lésio-ovaire, M. BACALOGLOU. — Ankylose ossueuse de la colonne vertébrale, M. MILIAN, M. CORNIL. — Cirrhose hépatique à granulations blanchâtres artificielles, M. CORNIL 47

Société médico-chirurgicale : Valeur sémiologique et thérapeutique de la stabilité et de l'instabilité du pouls dans les maladies, M. BOULOUÏS, MM. BOUSSIER, TRIPLET, BERTHOD, HUGHARD, GAUTRELET, HUGHARD, MOUTIER, HUGHARD, CAZEAUX, LAUSSEBART, HUGHARD 47

Société de thérapeutique : De l'emploi de la créosote en thérapeutique, M. MAURANGE, MM. BURLUREAUX, BARDET, BURLUREAUX, LE GENDRE, MOUTARD-MARTIN, BURLUREAUX. — Présentation d'instruments, M. BARDET. — De la constipation, M. SOUPAULT 48

Société d'ophtalmologie de Paris : Deux cas de kératite parenchymateuse dans la syphilis acquise (avec présentation des malades), M. A. TERSON, MM. VALUDE, ANTONELLI, JOCS, CHEVALEREAU, GORECKI, PARENT, VIGNES, BOUCHERON, A. TERSON. — De la valeur diagnostique des stigmates ophtalmoscopiques de dégénérescence, M. DREYER-DUFER, MM. ANTONELLI, MORAX, JOCS, DREYER-DUFER. — Éléme aigu de la conjonctive, M. A. TERSON, M. JOCS. — Hémorragie expulsive après l'extraction de la cataracte. Mobilisation du cristallin sur l'autre oeil, M. VALUDE, MM. PARENT, CHEVALEREAU, VIGNES 48

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine berlinoise : Diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde, M. PIORKOVSKY. — Les indications actuelles de la cure radicale des hernies, M. ROTTER, M. KADE, M. REWSKI 49

BELGIQUE. — Société d'anatomie pathologique : Étiologie et développement des myomes de l'utérus, M. KRIFER 49

ILES BRITANNIQUES. — Société clinique de Londres : Myosite ossifiante localisée, M. HUTCHINSON. — Atrophie musculaire progressive consécutive à la rougeole, M. HATTEN. — Squirrhe de la parotide, M. ROBINSON. — Éléphantiasis du membre inférieur, M. DICKWORTH 49

Société pathologique de Londres : Écrasement de la colonne cervicale, M. POTTER. — Capsules surrénales kystiques, M. CRAWFORD. — Tuberculose du foie, M. FLETCHER. — Tumeur multiculaire de la région inguinale, M. ROBINSON 50

Société médico-chirurgicale de Londres : Arthrites hémorragiques chez les enfants, consécutives à une ophtalmie purulente, M. LUCAS, M. BARWELL 50

RUSSIE. — Société de psychiatrie de Saint-Petersbourg : Troubles nerveux chez les dégénérés, M. L. BUBENAU, M. BIRCHPOLSKY 50

PRATIQUE MÉDICALE

L'oxy-camphre dans la dyspnée 50

Répertoire thérapeutique 50

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 50

VER SOLITAIRE Guérison par les GLOBULES DE SECRETAN A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fougère mâle des Vosges. Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VOYAGES D'ÉTUDES

AUX EAUX MINÉRALES FRANÇAISES

LEUR BUT — LEUR UTILITÉ
POUR LES MÉDECINS ET POUR LES STATIONS
LEUR ORGANISATION

I. But. — Les voyages ont un but d'études médicales pratiques : faciliter aux médecins et aux étudiants la visite des stations d'eaux minérales et des stations climatiques de France.

II. Utilité pour les médecins. — 1° Il est impossible d'apprendre la thérapeutique hydro-minérale comme nous apprenons la thérapeutique en général.

Tout ce que nous apprenons en thérapeutique, dans le cours de nos études, est bien plus le résultat des prescriptions faites par nos maîtres à l'hôpital que celui de l'enseignement théorique. Au début de notre pratique, ces leçons de choses sont notre guide : si nous prescrivons de la digitale, par exemple, ce n'est pas seulement en faisant appel à ce que le livre nous a appris, mais surtout parce que nous nous rappelons avoir vu nos maîtres la donner à un malade analogue, à telle dose, sous telle forme, etc.; nous avons pu suivre le malade les jours suivants, nous rendre compte des effets produits. Le fait s'est gravé dans notre mémoire : c'est une notion définitivement acquise qui nous servira désormais dans toute notre pratique. Plus tard, quand, l'expérience venant avec les années, nous avons pu nous faire une thérapeutique plus raisonnée et plus personnelle, nous n'oublions jamais ces premières notions apprises au lit du malade d'hôpital.

Semblable instruction n'est pas applicable aux eaux minérales; la plupart ne peuvent être utilisées loin de la station, et celles que l'on peut employer transportées ne produisent que peu d'effets, de lointaine analogie avec ceux obtenus à la source même. La composition chimique de l'eau, sa température, ses modes d'administration si variés, son mode d'action, le climat, l'altitude, etc., sont des faits matériels que l'on ne peut apprendre que de visu. Et, d'ailleurs, les cures hydro-minérales s'adressent toujours à des états constitutionnels, chroniques, en dehors de toute période d'acuité, c'est-à-dire à des malades dans une situation tout autre que ceux habituellement hospitalisés. La leçon de choses, base de son apprentissage thérapeutique, manque donc forcément à l'étudiant pour les eaux minérales.

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

2° Le seul moyen d'avoir une notion exacte sur une eau minérale est de se rendre à la station et de se renseigner sur place.

Les renseignements que nous avons besoin de savoir, pour la pratique, sur chaque eau minérale, se résument à quelques données peu nombreuses, mais bien précises :

a) L'élément essentiel de sa composition chimique, celui qui la caractérise et la différencie des eaux des autres groupes et des eaux du même groupe;

b) Sa température : eau chaude ou froide, et aussi ses caractères physiques : couleur, odeur, saveur;

c) Le mode d'emploi principal : si la cure consiste surtout en boisson ou en applications externes (bain, inhalation, gargarisme, douche, etc.), ou si ces deux modes d'emploi sont associés;

d) Quelle est, au point de vue des indications, la spécialité de la station, spécialité que l'analyse chimique seule ne révèle pas toujours;

e) Et surtout les contre-indications : quels sont les malades qui ne doivent pas s'y rendre, quels sont ceux pour lesquels la cure est non seulement indifférente, mais nuisible.

Voilà les principales connaissances qu'il faut posséder.

Les monographies spéciales et les traités d'hydrologie se prêtent peu à l'instruction sommaire, rapide et précise, dont nous avons besoin. Chaque station y est l'objet d'une exposition très détaillée, très complète, qui noie dans des détails secondaires les notions capitales qui nous sont seules nécessaires; de plus, chaque station est étudiée isolément, sans comparaison avec les autres stations. L'auteur n'a pas pour but d'indiquer l'eau qui convient spécialement à telle maladie, mais seulement d'énumérer toutes les maladies qui pourront tirer d'une eau donnée un bénéfice à un degré quelconque. De telle sorte que telle cure particulièrement appropriée aux maladies de la peau, est indiquée au même titre pour les maladies des voies respiratoires; telle autre dont les maladies des voies respiratoires sont la spécialité sans conteste, se trouve également recommandée pour les rhumatismes, les maladies de la peau, les voies digestives, etc., etc. Il ne s'agit pas de mettre en doute les bénéfices réels et variés que le médecin d'une station peut obtenir dans des affections dissemblables, quand il connaît à fond les variétés d'action et de maniement de ses eaux. Mais le médecin praticien qui, lui, a la possibilité de choisir entre toutes les stations, a besoin de savoir, non pas tout ce qu'on peut tirer avec plus ou moins de succès d'une eau, mais quelle est la spécialisation de cette eau, quelle est la maladie ou l'affection pour laquelle elle est particulièrement efficace. Le médecin désireux de se renseigner d'une façon impartiale, veut savoir à quelle localité il peut envoyer à coup sûr chaque catégorie de malades avec la certitude qu'ils y trouveront la cure qui leur convient. Et les livres d'hydrologie proprement dite ne mettent pas assez en relief cette note dominante, caractéristique, l'indication majeure de chaque station; leurs auteurs sont trop préoccupés de nous faire connaître également les autres propriétés, qui sont exactes, sans doute, mais qui ne doivent venir qu'en seconde ligne.

Ce que l'étude théorique ne nous fournit que d'une façon lente et incomplète et au prix de réels efforts, un séjour de quelques heures à chaque station suffit pour nous l'apprendre mieux et le graver définitivement dans notre mémoire.

Se rendre à une station, visiter les établissements sous la direction d'un confrère qui nous indique la composition des eaux, leur température, leur mode d'emploi, leurs indications et contre-indications, etc., nous apprend en peu de temps tout ce que nous avons besoin de savoir. L'indication majeure, la spécialisation de la cure, que nous avons parfois de la peine à démêler le livre en mains, se dégage nettement de l'exposition toujours si intéressante et si aimable que veulent bien nous faire nos confrères des stations. Et cette indication nous est confirmée par le mode d'administration que nous avons sous les yeux, l'organisation des établissements faits en vue de l'affection qui y est le plus souvent traitée. Quand on a bu à Vichy ou à La Bourboule, pris un bain à Salies ou à Royat, traversé les salles d'inhalation du Mont-Dore ou d'Allevard, quand on a vu la douche-massage d'Aix ou d'Uriage, les salles de houmages de Luchon, le gargarisme de la Raillière ou de Challes, les étuves naturelles de Plom-

bières, les piscines de Lamalou, etc., etc., le souvenir de la station et de tout ce qui s'y rattache reste définitivement gravé dans notre mémoire, et sans effort.

Tous les médecins qui ont visité les eaux minérales ont éprouvé les mêmes impressions. Ils arrivaient à une station, documentés par des lectures bien choisies, et cependant n'ayant pu se faire une idée suffisamment nette de ses propriétés, n'ayant pu réussir à savoir en quoi cette station différait d'autres similaires pour une même affection. Et ils étaient surpris de voir combien, après cette visite sur lieu et les explications toujours si détaillées, si précises, si complaisantes des confrères de la station, les difficultés s'aplanissaient et la nuance, la spécialisation vraie se dégageait nettement.

Tous les médecins qui s'intéressent aux eaux minérales sont unanimes à reconnaître que ces visites sont la seule façon d'apprendre et de retenir ce qu'il faut savoir sur chaque station.

III. Utilité pour les stations. — Nous avons en France une gamme d'eaux merveilleuse, permettant de répondre à toutes les indications. La plupart ont un légitime succès et voient leur clientèle augmenter chaque année, mais toutes ne progressent pas autant qu'elles le pourraient, surtout quand on les compare à leurs similaires en pays étrangers. Les causes de cet arrêt de développement sont multiples; une seule nous intéresse ici. Les médecins praticiens, en général, n'accordent pas aux eaux, dans leur thérapeutique personnelle, la place qu'elles méritent, et la faute en est à l'insuffisance de leur instruction à cet égard et à la difficulté qu'ils éprouvent de connaître pratiquement les stations. Aussi, est-il de l'intérêt même des stations de tenter quelque chose pour en faciliter la connaissance aux médecins : elles seront les premières à en bénéficier. Quand nous avons pu apprécier sur place les ressources d'une localité, les lieux restent gravés dans notre esprit, c'est une notion définitivement acquise qui nous revient ensuite spontanément, au moment propice, dans la conversation avec un client. Ne sommes-nous pas portés à adresser nos malades de préférence aux stations dont nous avons vu la disposition? Ne parle-t-on pas avec plus de conviction à son client quand on peut lui énumérer l'installation qu'il trouvera, le genre de cure qu'on lui fera faire, voire même la nature du pays, les distractions mises à sa disposition, etc.? Et lui-même ne croit-il pas plus volontiers son médecin, qui lui prouve ainsi qu'il connaît bien ce dont il parle?

Ainsi mieux connues des médecins, ne peut-on pas penser que nos stations thermales entreraient plus facilement en concurrence avec leurs rivales étrangères, auxquelles vont trop souvent les préférences mondaines. Dans l'intérêt de tous, il faut ramener vers nos centres thermaux ce mouvement indéfectible vers l'étranger. Pour y atteindre, il y a plus d'une amélioration locale à apporter; une surtout : l'accroissement du confortable, sans élévation des prix actuels. Sans doute, c'est là le fait des administrateurs des établissements et des hôtels; mais, on ne saurait perdre de vue que la certitude d'une nombreuse clientèle peut seule les amener à faire les sacrifices qu'exige une installation confortable et complète. Que chacun y mette du sien! Ce n'est point une question d'intérêt de clochers. Les eaux minérales françaises constituent une richesse naturelle, qui doit être pour le pays tout entier la cause de revenus importants, et contribuer à sa prospérité générale. Aussi, tout ce qui peut favoriser leur développement prend-il une importance supérieure, touchant à la vitalité même de notre pays. N'est-ce pas rendre service à tous que de les faire mieux connaître du médecin qui est appelé, chaque jour, à les conseiller?

IV. Organisation. — 1° Ces voyages, organisés dans un but scientifique exclusif, sont dirigés par un Comité de patronage :

MM. BROUARDDEL : doyen de la Faculté de médecine de Paris. Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

DURAND-FARDEL (Ray.) : secrétaire général de la Société d'hydrologie.

GILBERT : agrégé de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Médecin de l'hôpital Broussais.

HUCHARD : médecin de l'hôpital Necker. Membre de l'Académie de médecine.

LANDOUZY : professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Médecin de l'hôpital Laënnec. Membre de l'Académie de médecine.

MONOD : conseiller d'État. Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur. Membre de l'Académie de médecine.

PROUST : professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Inspecteur général des services sanitaires. Membre de l'Académie de médecine.

J. SIMON : médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades.

Secrétaire général : CARRON DE LA CARRIÈRE. Ancien interne des hôpitaux. Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté.

2° Ces voyages sont faciles, dans des conditions matérielles avantageuses, pour deux raisons : a) nos eaux étant groupées par régions, il est facile d'en visiter plusieurs en peu de jours; b) pour acquérir les notions voulues, il n'y a pas besoin de faire un long séjour dans chaque station.

Les eaux minérales françaises peuvent être divisées en quatre groupes; chaque année, on en visitera un certain nombre :

1° Centre, Auvergne : Pougues. — Saint-Honoré. — Bourbon-Lancy. — Bourbon-Archambault. — Néris. — Vichy. — Châtel-Guyon. — Royat. — Sanatorium de Durtol. — La Bourboule. — Mont-Dore. — Saint-Nectaire.

2° Sud, Pyrénées : Luchon. — Capvern. — Bagnères-de-Bigorre. — Cauterets. — Saint-Sauveur. — Barèges. — Pau. — Eaux-Bonnes. — Eaux-Chaudes. — Salies-de-Béarn. — Biarritz. — Dax. — Arcachon.

3° Sud-Est, Dauphiné, Savoie : Besançon. — Monillère. — Salins. — Évian. — Saint-Gervais. — Aix. — Le Revard. — Marlioz. — Challes. — Salins-Moutiers. — Pralognan. — Brides. — Allevard. — Uriage.

4° Est, Vosges. — Bourbonne. — Martigny. — Contrexéville. — Vittel. — Gérardmer. — Bussang. — Luxeuil. — Plombières.

Pierrefonds, Enghien (S.-et-O.), Lamalou (Hérault), Bagnoles (Orne), Forges (Seine-Inférieure), Saint-Amand (Nord), par suite de leur position géographique isolée, n'ont pas trouvé place dans ces groupes; mais, ces stations seront rattachées à l'un ou à l'autre voyage suivant la combinaison définitive de chacun.

3° Chaque voyage sera fait d'après le plan suivant :

L'itinéraire et l'emploi de chaque jour seront minutieusement établis d'avance, de façon à employer son temps complètement au point de vue de l'instruction.

La durée sera de douze jours environ.

Le prix du voyage sera fixé d'avance (tous frais de chemin de fer, d'hôtel, d'excursion, etc., compris).

L'époque : première quinzaine de Septembre.

Ainsi, en peu de temps, chacun aura acquis des connaissances utiles pour tous : pour les médecins, qui sauront mieux cette thérapeutique si efficace qu'ils n'ont pas l'occasion d'apprendre autrement; pour les malades, qui seront à l'avenir plus souvent et plus chaudement incités à faire une cure appropriée à leur état constitutionnel; pour les stations, qui verront augmenter le nombre de leurs malades.

Le premier « Voyage d'études aux eaux minérales françaises » aura lieu en Septembre 1899. Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

CARRON DE LA CARRIÈRE.

RENSEIGNEMENTS

Pour une clinique. On demande, en participation, spécialistes des yeux, des oreilles et du larynx, peau, voies urinaires. S'adresser au journal (345).

Étudiant, 16 inscriptions, externe de troisième année, désire emploi dans clinique de gynécologie. Ecrire au journal (346).

Docteur en médecine demande à faire remplacements. S'adresser au journal (347).

Clientèle à Paris à céder. Petit fixe, quartier populaire payant comptant. S'adresser, 57, boulevard Barbès.

Postes vacants : à Chizé (Deux-Sèvres). S'adresser au maire; à Sainte-Scotasse (Orne). Plus de dix communes à desservir, clientèle assurée. S'adresser au maire.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Conférence d'externat. — MM. Bender, Follet, Gouraud, Grégoire et Rénon commenceront une conférence d'externat, le vendredi 24 Février, à 2 heures 1/2, à l'ambigu-théâtre de la Pitié, et continueront les vendredis suivants à la même heure.

Assistance publique. — M. Rotillon, médecin du bureau de bienfaisance du X^e arrondissement, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique en remplacement de M. Gibert.

La nouvelle Académie de médecine. — Les travaux de démolition de l'ancienne succursale du Mont-de-Piété de la rue Bonaparte ont été terminés jeudi.

Sur le terrain libre aujourd'hui, M. Rochet va construire le nouveau palais de l'Académie de médecine, dont il vient d'arrêter les plans.

Cet édifice sera prêt dans deux ans. Il sera, de l'avis de tous les architectes qui en ont vu les dessins, un des plus beaux palais du Paris de demain.

Viandes de conserve. — A la suite des accidents d'intoxication qui, malgré les mesures déjà prescrites à plusieurs reprises, se sont produits après la distribution de viandes de conserve faites aux troupes, M. de Freycinet vient d'instituer, au ministère de la guerre, une commission spéciale chargée de rechercher rigoureusement la cause de ces accidents et de proposer les moyens propres à en empêcher le retour.

Cette commission est composée de douze membres, ainsi qu'il suit :

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président.

L'Intendant général Raizon, vice-président;
Le médecin inspecteur général Injardin-Beaumetz; le médecin inspecteur Kelsch; les professeurs Duclaux et Moissan de l'Académie des sciences; M. Trasbot, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort; les colonels Courbebaiss, d'infanterie, et Feldmann, d'artillerie; le sous-intendant militaire Jasseron, directeur de l'usine de Billancourt; le médecin principal Vaillard, chef du laboratoire de bactériologie au Val-de-Grâce, et le pharmacien-major de 1^{re} classe Bousson.

La commission s'occupera de tout ce qui concerne l'achat des viandes (uniquement en France et dans nos colonies ou pays de protectorat), la marche et la surveillance de la fabrication des conserves, leur réception et leur conservation en magasin, leur distribution et leur préparation dans les cuisines des troupes.

Victime du devoir. — L'interna Jais, qui a contracté le typhus en soignant des typhiques à l'ambulance dépendant de l'hôpital de Mustapha (Alger), a succombé mardi soir.

Ses obsèques ont été célébrées jeudi au milieu d'un grand concours de population.

La peste à Madagascar. — On télégraphie de Tananarive :

« La peste à Tamatave a occasionné, du 1^{er} au 23 Janvier inclusivement, 68 cas, dont 2 cas sur des Européens seulement, sans décès, 13 sur des créoles, dont 12 décès, 13 sur des Asiatiques, dont 13 décès, 36 sur des Malgaches, dont 26 décès.

Du 26 au 31 Janvier, aucun cas nouveau n'est signalé. M. Thiroux est arrivé à Tamatave avec du sérum et du matériel désinfectant; depuis le 6 Janvier, il fait des essais très encourageants. »

Depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas constatés a été de 285, celui des décès de 194.

Cinq Européens seulement ont été atteints, dont un seul est décédé.

Il résulte d'autre part, d'un rapport que le général Galliéni vient d'adresser au ministre des colonies, que les premiers cas se sont produits à bord de la *Gironde*, qui dessert la ligne de Diego-Suarez à la côte du Mozambique. Le paquebot était arrivé le 15 Novembre à Laurengo-Marqués (Afrique du Sud), avec des cas suspects, et le navire fut mis en quarantaine. A Diego-Suarez, la peste ne s'est pas communiquée à la ville. Quelques jours après, et sans qu'il soit possible d'établir une corrélation quelconque avec l'infection de la *Gironde*, le 23 Novembre, des cas ont été constatés à Tamatave. Le fleau a fait son apparition sur plusieurs points de la ville à la fois.

Corps de santé militaire. — Sont promus :

ARMÉE ACTIVE. — Médecin inspecteur, M. Gentil, médecin principal de 1^{re} classe, directeur du service de santé du 1^{er} corps.

RÉSERVE. — Médecins-majors de 2^e classe : MM. Barattier, Demmler, Augis, Bert, Woehling, Devaux, Poizat, Pissot, Steecwicz, Durruly, Duron, Belin, Delahaye, Dumont.

ARMÉE TERRITORIALE. — Médecins principaux de 2^e classe : MM. Lande, Testut, Baudrimont, Chalot. Médecins-majors de 1^{re} classe : MM. Bertholon, Chaufard, Pollosson, Carrière, Tedenat, Jalaguier, Parisot, Vautrin, Saint-Auge, Dejerine, Babinski, Truc, Netter, Sirey, Wertheimer, Sarda, Letulle, Marie, Mossé, Baumel, Legendre, Broca, Queyrat.

Médecins-majors de 2^e classe : MM. Croin, Ricavy, Pujade, Schwing, Lesdos, Tripet, Codet, Brisson, De Saligny-Dupin, Bourdin, Pédebidon, Cahon, Bossy, Delisle, Breynard, Bourdail, Yvon, Richardière, Laporte, Lanterins, Blanc, Vallin, Monisset, Bouchut, Du Magny, Vallois, Monnier, Gélis, Lode, Delaux, Autencq, Goethals, Thiroux, Letort, Monnet, Saint-Agnès, Fournial, Menut, Roque, Lanery, Hanriot, Durand, Collin, Brulard, Lejars, Andreux, Roux, Chesnel, Lecointre, Gouraud, Boyer, Benoît, Rocheblave, Favrel, Laffon, Fournel, Planès, Lorient, Jacquemart, Chechon, Thoinot, Prévost, Meillon, de Fisson, Leclerc, Jacquet, Panné, Scrogense, Rollet, Demelin, Lepage.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 4^e semaine 870 décès, chiffre

inférieur à celui de la semaine précédente (884), et très inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de Janvier (1.088). L'état sanitaire est donc très satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (la moyenne est 5); la rougeole 10 (la moyenne est 14). La scarlatine, 8 décès (moyenne 2), et la coqueluche 10 décès (moyenne 4), dépassent un peu la moyenne. La diphtérie a causé 12 décès (au lieu de la moyenne 14). La variole n'a causé aucun décès.

On s'est ému récemment d'une prétendue épidémie de fièvre typhoïde qui aurait éclaté dans le XVII^e arrondissement et qui aurait été déterminée par la contamination des eaux de l'AVRE.

Or, les statistiques officielles de la Ville de Paris permettent d'affirmer que cette épidémie était imaginaire : il y a eu, en effet, du 1^{er} au 23 Janvier, à Paris, 148 cas de fièvre typhoïde, dont 28 mortels; le XVII^e arrondissement, un des plus peuplés, n'entre dans ce total que pour 9 cas, dont 1 mortel, alors que d'autres arrondissements, desservis par d'autres sources, ont été beaucoup plus éprouvés.

Etranger.

— Le Comité impérial chargé d'organiser la participation de la médecine allemande au Congrès international de 1900 s'est constitué sous la présidence du professeur Virchow.

Font partie du Comité berlinois : MM. Bartels, von Bergmann, von Coler, Eulenburg, Ewald, Gerhardt, König, von Leyden, Liebreich, Pistor, Posner, Waldeyer. D'autres comités locaux sont constitués dans les divers Etats de la confédération.

Nécrologie. — On annonce de Bâle la mort du professeur Socin, chirurgien de grande réputation; de Glasgow, la mort de M. Joseph Coats, professeur de pathologie à l'Université de cette ville; de Sidney, celle de M. Alfred Roberts, qui jouissait d'une grande notoriété en Australie.

CORRESPONDANCE

A propos d'une *Pratique médicale* parue le 14 Janvier dernier sur un traitement du chancre simple par la chaleur rayonnante d'après M. Malherbe (de Nantes), M. Audry nous prie de faire remarquer que ce procédé a déjà été préconisé par lui, en 1895, dans une note publiée dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*; qu'il a été reproduit dans le *Manuel de Balzer*; enfin qu'il a été longuement étudié par Krösing (de Steffin) dans les *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, n° 4, 1898.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

16 Janvier 1899.

Sur le traitement des tuberculomes (abcès tuberculeux) symptomatiques ou non d'une altération des os. — M. Lannelongue. Si les abcès tuberculeux, symptomatiques ou non d'une lésion ostéo-articulaire, guérissent spontanément quelquefois, le fait n'en reste pas moins exceptionnel, et, comme les dangers d'une infection nouvelle, de voisinage ou éloignée, sont toujours menaçants, une indication s'impose : celle d'intervenir. On ne doit pas attendre l'intervention précoce montre les choses localement moins avancées et s'adresse à un sujet plus résistant.

A l'heure actuelle, deux méthodes sont presque exclusivement en présence : l'extirpation et la méthode des injections modificatrices successives.

L'extirpation, c'est-à-dire l'ablation du bistouri de toute la tumeur, contenant et contenu, serait incontestablement la méthode idéale si l'on pouvait enlever, sans l'ouvrir, la totalité du tuberculome en passant en plein tissu sain. Cette méthode ne peut convenir qu'aux tuberculomes suppurés de petit volume et bien circonscrits.

Dans les cas où la poche est soit volumineuse, soit profondément située, on videra entièrement le contenu en ne prolongeant pas son contact avec les tissus sains, et l'on procédera au curettage de la paroi. Mais on s'expose à laisser une partie, parfois très exigüe, du foyer virulent, et, d'autre part, à faire pénétrer dans les vaisseaux ouverts les bacilles infectieux. Ce second risque est rare, mais le premier est presque inévitable.

La méthode des injections unique ou multiples et successives est excellente. La ponction sera faite avec un trocart assez gros, sur un point où la peau est encore saine. Le liquide évacué, on procédera avec un soin minutieux à un lavage répété de la cavité avec une solution antiseptique phéniquée à 1 pour 100, par exemple, jusqu'à ce que le liquide revienne intact. On fait ensuite l'injection médicamenteuse : la meilleure est la suivante :

Huile d'amandes douces stérilisée.	90 grammes.
Iodoforme.	10 —
Ether sulfurique.	10 —
Créosote de hêtre.	2 —

Sur 27 tuberculomes des parties molles traités soit par l'extirpation, soit par l'ouverture et le grattage, l'auteur a obtenu 27 guérisons; dans cinq cas, il a fallu faire un second grattage d'une petite fistule.

17 malades ont été opérés par la méthode des injections successives : 4 ont guéri par une seule injection (2 maux de Pott lombaires et 2 dorso-lombaires); 7 ont guéri : 3 après deux injections, 3 après quatre injections, 1 après cinq injections. Les 6 autres ont eu des fistules et ont guéri après des opérations complémentaires, dans un délai de 10 mois à 2 ans; le sixième, mal de Pott dorsal inférieur, est mort après formation d'abcès multiples dans le petit bassin.

L'auteur eut l'occasion d'observer les effets de l'iodoforme sur un abcès au cours d'une coxo-tuberculose chez un enfant qui, huit jours après l'injection, mourut de la diphtérie. Toute la surface interne de l'abcès était d'un rouge assez vif et l'on y voyait de fins cristaux d'iodoforme répandus un peu partout. La paroi était infiltrée de leucocytes dans toute son étendue.

Stéréoscope des rayons X. — M. Roulliés. Le principe de la méthode est basé sur la persistance des images rétinienne.

Par un dispositif spécial, l'image de l'objet éclairé vient alternativement frapper l'œil droit et l'œil gauche; la superposition accommodative des deux images réalise ainsi la production du relief.

Pour obtenir ce résultat, deux ampoules situées dans le même plan, distantes de quelques centimètres, éclairent alternativement l'objet sur l'écran : d'où production de deux images, image droite et image gauche que les yeux confondraient; mais un obturateur spécial, synchrone à l'éclairage des ampoules, ne permet la perception de chaque image que par un seul œil à la fois. Les images de cet objet sont donc alternativement vues par l'œil droit et par l'œil gauche.

Les alternances étant d'une grande fréquence, l'impression rétinienne persiste encore sur l'œil obturé quand l'image réelle se produit sur l'œil ouvert. La vision de deux images nécessaires à la production du relief se trouve donc ainsi réalisée.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1^{er} Février 1899.

Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydatiques de l'abdomen. — M. Pierre Delbet. La marsupialisation n'est pas un moyen certain de guérir complètement les malades atteints de kystes hydatiques de l'abdomen. Beaucoup de malades opérés par cette méthode sortent de l'hôpital avec une fistule. J'ai suivi, longtemps, les huit malades que j'ai opérés par la marsupialisation; un seul a parfaitement guéri; il avait été opéré pour un kyste intra-hépatique. Un autre est mort de tuberculose pulmonaire deux mois après l'opération. Trois malades ont fini par guérir de leurs fistules après les avoir traitées pendant trois mois au moins, mais ils ont des événements.

Un opéré a gardé sa fistule pendant neuf mois; sa fistule s'est fermée, puis s'est rouverte plus tard. Deux femmes ont conservé leur fistule, et l'une d'elles est morte deux ans et neuf mois après l'opération de tuberculose pulmonaire. Je suis donc porté à croire que les résultats de la marsupialisation ne sont pas satisfaisants. Avec elle, la guérison est lente, souvent incomplète, et n'est pas de bonne qualité, puisque, quand la fistule se ferme, il se produit souvent une événtration consécutive. Aussi je crois que le traitement par le capitonnage est le procédé de choix. M. Segond craint que ce capitonnage, avec suture totale et sans drainage, amène des accidents en cas de choléragie consécutive. Je ne crois pas précisément que cette choléragie puisse se produire après le capitonnage et je pense que c'est un accident plutôt attribuable à la marsupialisation. Dans les kystes marsupialisés, les choléragies consécutives peuvent se produire par exfoliation de la paroi kystique et ulcération des canaux biliaires qui serpentent dans la membrane adventice.

Je pense, avec M. Tuffier, que, dans les petits kystes, on peut se passer de capitonnage, mais où je diffère complètement de lui, c'est lorsqu'il conseille de gratter la poche et de la laver. Je rejette le lavage et encore plus énergiquement le grattage; gratter la poche, c'est s'exposer à ouvrir les vaisseaux et les canalicules de la membrane adventice et à produire des hémorragies et des choléragies diffuses qui nécessitent le drainage.

En terminant, je crois devoir recommander à mes collègues le capitonnage, bien convaincu qu'ils en tireront comme moi des résultats infiniment supérieurs à ceux que donne la marsupialisation.

M. Tuffier. Mon collègue Delbet vient de toucher deux points du traitement des kystes hydatiques. L'un a trait à leur opération sans drainage, l'autre à la critique de l'ouverture simple avec lavage et réunion sans drainage de la poche.

Nous sommes absolument du même avis sur la thérapeutique générale aseptique de ces tumeurs. Je considère le drainage et la suppuration du kyste comme un pis-aller, et je crois que tout ce qui permettra de guérir la lésion sans suppuration s'impose dans l'état actuel de nos connaissances chirurgicales. C'est pour avoir vu ces interminables suppurations, ces intarissables fistules, c'est pour avoir vu un malade, guéri d'un énorme kyste hydatique, revenir six mois après avec une dégé-

nérescence amyloïde du foie et des reins, due à sa supuration, que je me promis bien de faire mieux.

Ayant lu l'observation de Bobroff, j'ai opéré ma malade par incision, grattage léger, lavage au sublimé avec maintien dans la poche de quelques grammes de solution de sublimé. Si j'ai cru devoir agir ainsi, c'est que je considère que la récidive, après ces opérations aseptiques, serait la seule pierre d'achoppement. Or, nous savons que la simple injection de sublimé dans un kyste a quelquefois suffi à sa guérison. Je crois donc ajouter ainsi un élément de plus à nos chances de guérisons définitives. J'ajoute que le procédé que j'ai appliqué me paraît toujours possible, et que je le mets sur le même plan que celui de M. Delbet, avec cette différence qu'il présente un champ d'indications beaucoup plus étendu.

M. Bazy. Je suis partisan de la réunion absolue; cependant, il y a des cas où le capitonnage me semble impossible.

(A suivre.)

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 Février 1899.

Abcès gangreneux multiples du poumon gauche. Pneumotomie. Mort dix jours après l'opération. — M. Galliard, un charretier, âgé de cinquante-deux ans, entre, le 15 Novembre 1898, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une broncho-pneumonie d'abord localisée au sommet droit, puis à la base gauche. Défervecence du quatorzième au seizième jour. Le seizième jour, recrudescence fébrile : 39°, 8 le soir; fétilité de l'haleine; crachats purulents, peu abondants, peu fétides. Les jours suivants la température vespérale n'est pas éloignée de 39°; le malade s'affaiblit. Le 3 Décembre, les crachats, toujours peu abondants, deviennent fétides; la langue est sèche, l'état général assez mauvais. Ayant pratiqué plusieurs ponctions exploratrices, avec une fine aiguille, je n'obtiens ni sérosité ni pus. En présence de la persistance des signes physiques je pose ce diagnostic : hépatisation du lobe inférieur gauche et abcès multiples gangreneux du même lobe, symphyse pleurale.

Bientôt la fièvre reprend avec intensité : 40°, 3 le 13 Décembre.

Je montre le malade à M. Blum, qui pratique, le 16 Décembre, la pleurotomie.

Réséction de 3 côtes; le thermocautère pénètre dans un foyer de faible dimension. Malgré des recherches prolongées, on ne trouve pas d'autre foyer. L'opéré, passagèrement amélioré, succombe le 26 Décembre.

A l'autopsie, je trouve dans le lobe inférieur, au-dessus du foyer gangreneux qu'a atteint le thermo-cautère, un autre foyer plus volumineux, capable d'admettre un petit œuf de poule. Il existe un abcès non fétide dans le lobe supérieur gauche, et, à son contact, une loge d'empyème enkysté. Carnification du lobe inférieur autour des abcès. Pas de tubercules pulmonaires.

Etude clinique et bactériologique de trois cas de pleurésie putride. — MM. H. Rendu et E. Rist.

— Les auteurs rapportent l'histoire de trois malades atteints de pleurésie putride, dont l'exsudat a pu être examiné bactériologiquement. Les trois cas, dont l'un appartient à M. Barth, se rapportent à des pleurésies survenues plus ou moins brusquement au cours d'affections pulmonaires chroniques ou subaiguës (bronchite chronique, bronchectasie, broncho-pneumonie). Dans deux cas, il s'était développé des gaz dans la plèvre, ce qui fit même porter, pour un de ces malades, le diagnostic de pneumothorax tuberculeux jusqu'au moment où une ponction exploratrice fut venue révéler la véritable nature de l'affection. Chez ce même malade, il s'était développé, plusieurs jours après la pleurotomie, un phlegmon putride gangreneux, dont le point de départ se trouvait au niveau de l'incision de l'empyème, et qui décolla, en 24 heures, toutes les masses musculaires du dos en même temps qu'il se développait des gaz dans le tissu cellulaire. Ce phlegmon dut être incisé très largement et guérit après des lavages répétés au permanganate de potasse. Les deux autres cas furent traités par la pleurotomie et guérirent.

L'examen bactériologique a été fait d'après la méthode de Veillon. Cet auteur a montré, depuis quelques années, toute l'importance de la recherche des microbes anaérobies dans les pus, et, en particulier, dans les pus fétides. Il a vu que, dans les affections gangreneuses et putrides les plus variées (appendicites, mastoïdites, gangrènes pulmonaires, bartholinites, etc.), ces microbes aérobies ne peuvent être obtenus en culture, ou ne poussent qu'en très petit nombre : ceux que l'on obtient appartiennent presque toujours à des espèces saprophytes et non pathogènes. Cependant, ces pus examinés sur lamelles colorées se montrent d'une richesse bactérienne inouïe : on y voit une véritable purée des microbes les plus variés. Ce paradoxe apparent s'explique lorsqu'on fait des cultures en profondeur en tubes de gélose sucrée.

La méthode imaginée par Veillon permet d'appliquer à la séparation des microbes anaérobies dans le pus poly-microbien tous les avantages que la méthode des plaques présente pour la culture des aérobies. Cette méthode, qui a permis d'isoler plusieurs espèces pathogènes nouvelles strictement anaérobies, a fait voir l'importance considérable de ces espèces dans l'étiologie et

dans la pathogénie des appendicites (Veillon et Zuber) des infections de l'appareil génital de la femme (J. Hallé), des infections d'origine otique (Rist), des infections urinaires (Albaran et Collet, etc.), et, en général, de toutes les infections à caractère fétide et gangreneux. Ces micro-organismes, étudiés par ces auteurs, paraissent s'attaquer directement aux tissus vivants pour les nécroser d'abord et les putréfier ensuite. Ils semblent être, pour un grand nombre, les hôtes normaux de diverses cavités naturelles, en particulier de la bouche, et pouvoir, sous certaines influences encore mal connues, perdre leur qualité saprophytes pour prendre une virulence extrême.

Ce sont des microbes anaérobies analogues qui ont été trouvés par MM. Rendu et Rist dans les trois faits de pleurésie putride qu'ils rapportent. Leur abondance était extrême; ils existaient à l'exclusion des aérobies dans un cas. Dans les deux autres, ils étaient associés à des aérobies très peu nombreux et saprophytes. Dans un cas seulement, il y avait quelques très rares streptocoques pyogènes. La production de ces pleurésies putrides doit donc être attribuée à l'action des microbes anaérobies. Il en résulte, outre l'intérêt de cette constatation au point de vue de la pathologie générale, cette conséquence pratique que les pansements et les lavages dans ces sortes de pleurésies doivent être faits avec des substances très oxydantes comme le permanganate de potasse ou l'eau oxygénée, et qu'on doit y joindre les inhalations d'oxygène. Cette méthode a donné aux auteurs des résultats excellents, et elle semble être la méthode de choix, ainsi que le faisaient prévoir, du reste, les résultats de l'examen bactériologique.

Polyurie nerveuse; xanthélasma chez un enfant. — M. Aussel présente à la Société un enfant de quatre ans, polydipsique et polyurique.

La polyurie s'éleva à neuf ou dix litres. Deux analyses ont été faites, l'une en Septembre, l'autre en Décembre dernier : dans la première, l'élimination de l'urée était de 20 grammes; dans la seconde, cette élimination était tombée à 10 grammes; pas de sucre, pas d'albumine. Quelle est la nature de cette polyurie? En raison d'antécédents névropathiques trouvés dans la famille de cet enfant, M. Aussel pense que cette polyurie est d'origine hystérique. De plus, cet enfant est porteur d'une affection cutanée qui rappelle le xanthélasma. Existe-t-il une coïncidence entre la polyurie et le xanthélasma? Cette question ne saurait recevoir de réponse précise.

M. Souques. Affirmer la nature hystérique de la polyurie de cet enfant est peut-être vouloir être trop précis. Chez un enfant de quatre ans on peut trouver des stigmates d'hystérie. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que cette polyurie a été fréquemment observée non chez des hystériques, mais chez des dégénérés.

M. Variot observe, en ce moment, un autre enfant atteint de polyurie depuis l'âge de vingt et un mois. Cet enfant est un véritable maniaque, dysmaniac, qui boit tous les liquides qu'il trouve, eau de savon, pétrole, etc. De plus, des cas de polyurie ont été observés chez les ascendants de cet enfant; cette hérédité de la polyurie est à rapprocher de l'hérédité de l'incontinence d'urine.

M. Guinon appuie l'opinion rappelée par M. Souques. Dans sa thèse, en 1888, M. Guinon a décrit cette polyurie chez les dégénérés. Depuis cette époque, il a recherché les stigmates de l'hystérie chez les polyuriques sans jamais les trouver.

M. Triboulet a observé, ce matin même, un homme dont la polyurie datait de trente ans; aucun stigmate ne permettait d'affirmer l'hystérie.

M. Raymond. Il est certain que la polyurie dont il est question actuellement n'apparaît que chez des dégénérés. L'état de dégénérescence de ces malades se traduit soit par des stigmates somatiques, soit par des stigmates psychiques. M. Aussel a été témoin, chez son petit malade, de colères violentes; n'est-ce pas un stigmate psychique suffisant pour affirmer l'état de dégénérescence?

Traitement du croup. — M. Richardière appelle l'attention de la Société sur des accidents qui peuvent se produire après le tubage. 21 fois sur 2.000 tubés, M. Richardière a observé un état spasmodique permanent, qui tenait incontestablement à des lésions du larynx. Pour parer à ces accidents, M. Richardière conseille l'emploi du chloral, et, si cette médication échoue, un nouveau tubage avec des tubes en ébonite.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Février 1899.

Calcul vésical extrait par la taille hypogastrique. — M. Morestin présente un calcul vésical dont il a pratiqué l'extraction par la taille hypogastrique. Ce calcul s'était développé autour d'un fragment de sonde de Nélaton.

Laminaire formant corps étranger dans l'urètre et la vessie. — M. Morestin montre une laminaire que, par erreur, un étudiant avait introduite dans l'urètre et la vessie d'une jeune femme. Il a fallu, pour en débarrasser la malade, recourir à la taille urétrale.

Goitre très volumineux à accroissement rapide.

— M. Clerc apporte les pièces et la photographie d'une énorme tumeur de la région antérieure du cou, tumeur en cravate, comme les lipomes de cette région. Il s'agit d'un goitre qui, dans les derniers temps, avait pris un développement rapide. A la coupe, on voit des cavités kystiques remplies de liquide blématique; le microscope montre qu'il n'y a pas lieu de songer au cancer.

Les ganglions du médiastin, hypertrophiés, ne sont pas non plus cancéreux.

Ligature des artères de l'utérus dans le cancer de cet organe. — M. Robert Léwy présente des pièces anatomiques provenant d'une femme du service de M. Le Dentu, opérée le 19 Août 1898 par M. Morestin, qui pratiqua la ligature des artères utérines et utéro-ovariennes pour cancer utérin.

Les suites opératoires ont été parfaites, mais le résultat de l'intervention a été nul; en particulier les hémorragies n'ont diminué ni de fréquence ni d'intensité. La malade, cachectique, est morte d'urémie par compression de l'urètre, le 15 Janvier 1899. L'autopsie a montré que le cancer avait envahi tous les organes du petit bassin adhérents entre eux, infiltrés et englobés par des masses cancéreuses. L'étude de la perméabilité des utérines par des injections dans la fémorale a montré que leur oblitération était parfaite.

De cette observation et de l'étude de celles qui ont été publiées, M. Léwy conclut que la ligature des artères utérines est une opération palliative à rejeter dans la très grande majorité des cas. Lorsque le cancer est au début, il y a tout avantage à tenter l'hystérectomie, et si cette opération est impossible, mieux vaut pratiquer des évidements et cautérisations du col pour lutter contre le symptôme hémorragie, que de tenter cette ligature des artères utérines.

M. Morestin cite à l'appui de cette observation deux autres cas personnels de ligature artérielle pour cancer utérin, dans lesquels le résultat fut également négatif.

Kyste sous-épididymaire spermatique. — M. Bacalogli présente un testicule surmonté de deux poches kystiques de la grosseur d'une petite mandarine. L'épididyme rampe sur la paroi supérieure des kystes; le contenu des poches fourmillait de spermatozoïdes.

Tuberculose prostatique, épiddymaire et testiculaire. — M. Bacalogli apporte un cas de tuberculose génitale bilatérale, où le canal déférent est presque sain, tandis qu'à chacun de ses extrémités il y a un foyer caséux, prostatique et testiculaire.

Note complémentaire sur un cas de cancer de la région iléo-cœcale. — M. Bacalogli montre des préparations histologiques du cas de cancer iléo-cœcal qu'il a présenté récemment, en collaboration avec M. Pagnez. Il s'agit d'épithélioma avec, en plus, infiltration embryonnaire considérable.

Ankylose osseuse de la colonne vertébrale. — M. Milian a fait l'autopsie d'un malade qu'il a présenté autrefois à la Société médicale des hôpitaux, et qu'on pourrait croire atteint de spondylose rhizomérique. La colonne vertébrale était immobilisée et très incurvée en avant; les articulations de la hanche et de l'épaule avaient leurs mouvements très limités, mais pas absolument abolis. Il n'y avait pas de tremblement.

On constate une ankylose osseuse des articulations des côtes avec la colonne vertébrale et des corps vertébraux entre eux. On n'a pas vérifié l'état des articulations des membres.

Le malade portait, d'autre part, une cirrhose hépatique qui s'était compliquée d'ascite et de varices gastro-œsophagiennes; celles-ci s'étaient rompues; l'estomac était rempli de sang.

M. Cornil fait remarquer combien l'étiologie est obscure dans ce cas; le rhumatisme chronique déformant n'entraîne pas la soudure entre les surfaces articulaires en contact; l'arthropathie blennorrhagique peut immobiliser les jointures, mais il s'agit alors de pseudo-ankylose par altération des ligaments péri-articulaires.

Cirrhose hépatique à granulations blanchâtres superficielles. — M. Cornil montre des coupes de granulations blanchâtres dont est parsemé le foie cirrhotique trouvé à l'autopsie du malade qui portait l'ankylose vertébrale et vertébro-costale. Ces saillies sous-capsulaires ne sont pas constituées par de la substance hépatique; les granulations profondes, formées de parenchyme, sont jaunes et non blanchâtres.

Au microscope, ces reliefs superficiels sont un amas de canaux biliaires dilatés, remplis de cellules épithéliales et de bile. Cette apparence rappelle ce qu'on voit dans certaines lésions parasitaires chez la vache; dans ce cas, le lobule hépatique est remplacé par un réseau de canalicules biliaires et chaque canalicule a l'aspect des petits canaux extra-lobulaires. A la périphérie du groupe de canalicules on reconnaît les espaces portes.

(A suivre.)

V. GIFFON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

23 Janvier 1899.

Valueur sémiologique et thérapeutique de la stabilité et de l'instabilité du poulx dans les maladies. — M. Bouloumié. Mes observations person-

nelles justifient l'assertion de M. Huchard : « Il peut y avoir, chez les goutteux héréditaires, absence complète de phénomènes goutteux articulaires. » C'est à cette absence de manifestations articulaires que j'attribue cette légende que la goutte saute souvent une génération et qu'elle est rare chez la femme.

L'hypertension artérielle préexistait souvent à une manifestation articulaire. L'angoisse précordiale, les palpitations, la gêne respiratoire nocturne, sont souvent observées chez les goutteux avant l'apparition des accès articulaires.

Dans 35 pour 100 de goutteux observés, je trouve des lésions ou des symptômes cardio-vasculaires.

Le signe de la stabilité du pouls est d'autant plus utile à chercher que le diagnostic de l'hypertension artérielle est difficile.

La dyspnée toxico-alimentaire existe réellement, ce qui paraît confirmer l'amélioration obtenue par le régime lacté, et c'est à cette cause qu'on doit attribuer l'insomnie des goutteux et de certains dyspeptiques intestinaux.

Est-ce à l'hypertension ou au brightisme qu'il faut attribuer divers symptômes que j'ai décrits dès 1874 chez les goutteux (teudance à l'algidité des extrémités, frissonnements, quelquefois sensation de brûlure, crampes nocturnes, pâleur ou rougeur, urines alternantes pâles ou colorées) ?

Dès l'allération fonctionnelle du rein, si fréquente dans la goutte, avant toute altération anatomique il y a apparition de phénomènes qualifiés petits accidents de brightisme par M. Dieulafoy. Les symptômes qui se manifestent au cours du brightisme se manifestent aussi dans la période prémonitoire.

M. Boursier rappelle que l'action de la goutte sur les artères est de connaissance ancienne. Cette action est connue depuis les travaux des premiers auteurs qui se sont occupés de la goutte, c'est-à-dire depuis les travaux des auteurs anglais. Ils ont bien signalé les lésions athéromateuses, les néphrites chez les goutteux. Ces derniers, de même que les sujets issus de souche goutteuse aussi, présentent de l'hypertension artérielle. Le premier phénomène de la goutte, c'est l'intoxication du sang par l'acide urique. Cette intoxication retentit sur les vaisseaux, les artères, puis, enfin, sur les reins, et explique la production fréquente des néphrites interstitielles chez les goutteux. L'action des eaux minérales alcalines faibles chez les goutteux a pour effet de produire, non seulement une modification chimique du sang, mais un véritable lavage du sang des vaisseaux. Aussi peut-on comparer l'action des eaux minérales dans ces cas à l'action des injections de sérum employées à titre de lavage du sang dans les infections.

M. Tripet. Les injections de sérum n'agissent pas seulement à titre de lavage ; elles ont aussi pour effet de renouveler le sang et même à petite dose de relever la pression artérielle.

M. Berthod. La saignée — les accoucheurs presque seuls ne l'avaient pas abandonnée, — ils l'employaient dans l'éclampsie, notamment. Tarnier, d'autre part, a démontré qu'un régime lacté absolu, strictement maintenu pendant huit jours, assure contre l'éclampsie. Ces deux remarques thérapeutiques m'ont amené : à considérer la femme puerpérale comme une cardio-vasculaire hypotendue à sérum hypertoxique ; à voir dans l'éclampsie la manifestation d'une intoxication d'origine alimentaire surajoutée chez cette cardio-vasculaire surchargée. Il demande à M. Huchard ce qu'est la tension artérielle pendant la grossesse.

M. Huchard a peu l'occasion d'observer des femmes enceintes, mais il lui paraît plus que probable qu'il existe en pareil cas de l'hypertension artérielle.

M. Gautrelet. Il y a lieu de faire une distinction entre les diverses causes de l'hypertension artérielle. Pour M. Huchard, l'hypertension artérielle et sclérose généralisée sont synonymes : l'hypertension est toujours de cause mécanique — l'induration vasculaire, — elle est constante et aboutit à la sclérose artérielle. L'hypertension n'est pas la cause unique de l'artério-sclérose.

L'hypertension artérielle peut exister : 1° dans la néphrite interstitielle ; 2° dans la sclérose hépatique, c'est-à-dire dans la cirrhose à la phase atrophique ; 3° dans certains troubles fonctionnels du foie ; 4° dans la tuberculose à la phase de consommation ; 5° dans la polyurie simple ou diabétique.

Chez les cirrhotiques à la phase hypertrophique, on ne constate pas d'hypertension artérielle.

Il indique son procédé urologique pour déterminer chacune des hypertensions artérielles. Si le rapport du pourcentage du volume urinaire est supérieur au rapport des éléments fixes urinaires, on peut affirmer qu'il y a hypertension artérielle et la cause de cette hypertension est donnée par les rapports secondaires.

M. Huchard. Il ne s'agit pas seulement de constater l'état de la tension artérielle, il faut pouvoir la constater facilement et sans recourir à des procédés compliqués. Il faut distinguer entre l'hypertension passagère ou permanente. Les tuberculeux sont des hypertendus, mais sous l'influence d'une infection secondaire ils peuvent avoir une hypertension transitoire.

Dans la néphrite interstitielle, il n'a voulu parler de l'hypertension que comme cause et non conséquence de la maladie.

Dans la cirrhose hépatique, on rencontre de l'hypertension artérielle, surtout à la fin de la maladie : l'hypertension est un phénomène passager dû à un état infectieux surajouté.

Il y a plusieurs sortes de diabète : dans le diabète goutteux, uricémique, il y a hypertension, tandis qu'il y a hypotension dans les diabètes pancréatiques et nerveux.

L'importance de l'étude de la tension artérielle et de ses modifications est énorme, et on voit de plus en plus, au cours de son étude, qu'elle comprend dans ses applications toute la pathologie.

M. Moutier. Existe-t-il un traitement de l'hypertension artérielle ?

M. Huchard. Le régime alimentaire est la base de toute la thérapeutique : il faudra toujours avoir en vue la diminution des toxines. Le régime lacté est souverain contre les intoxications.

M. Cazeaux. Les tuberculeux sont des hypertendus à pouls petit, faible, fréquent.

M. Laussedat ne croit pas, et c'est aussi l'avis de M. Huchard, que tous les goutteux soient voués à la sclérose artérielle. Au régime, il est utile d'ajouter les moyens destinés à accélérer les combustions (exercice, marche, massages, fenêtres ouvertes la nuit). Mais pour les goutteux affamés, le lait paraît un régime insuffisant.

M. Huchard. Souvent les goutteux sont des hyperchlorhydriques, ce qui explique leur appétit et les faims qu'ils éprouvent la nuit. Il ne faut pas hésiter à leur donner avec le lait des alcalins à haute dose. Pour les malades qui ne peuvent supporter le lait, le régime se composera de viandes très cuites, de purées de légumes, mais jamais de viande au repas du soir.

E. BOURSIER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

25 Janvier 1899.

De l'emploi de la créosote en thérapeutique. — M. Maurange. A propos de la communication de M. Burlureaux sur l'emploi de la créosote, je voudrais insister sur la supériorité du gaïacol, qui résume la plupart des propriétés thérapeutiques de la créosote sans en avoir les inconvénients.

M. Burlureaux. La créosote m'a paru supérieure à ses différents composants ; du reste, le gaïacol seul peut présenter les mêmes inconvénients que la créosote ; il amène parfois de l'hypothermie et du collapsus, en somme un véritable empoisonnement.

M. Bardet. Je demanderai à M. Burlureaux s'il n'y a pas de personnes qui présentent une intolérance spéciale pour la créosote.

M. Burlureaux. Il est possible qu'il existe quelques cas d'idiosyncrasie ; dans ma pratique, je n'en ai jamais rencontré.

M. Le Gendre. Pour ma part, j'ai renoncé à l'emploi de la créosote, car cette médication exige une surveillance médicale constante. La difficulté de l'application de cette méthode la rend peu propre à être d'un usage courant.

M. Moutard-Martin. Les lavements créosotés, à la dose de 2 à 5 grammes, que j'ai employés sur une quarantaine de malades environ ne m'ont jamais permis de constater le moindre accident ou incident.

M. Burlureaux. L'emploi de la créosote en lavements est plus facile, mais moins efficace que son emploi en injections sous-cutanées.

De la constipation. — M. Soupault. La constipation doit être définie : la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors. Tantôt elles ont conservé leur forme normale, et tantôt elles sont altérées, le plus souvent dures, sèches, quelquefois molles, pâteuses, quelquefois même diarrhéiques et liquides.

Les conséquences de la constipation sont plus ou moins graves : le plus souvent, celle-ci ne détermine qu'un état saburral des voies digestives coïncidant avec du tympanisme abdominal et un peu de malaise général, plus rarement des phénomènes plus sérieux. Ces malaises généraux sont presque l'apanage de la constipation avec stagnation de matières liquides. La constipation simple peut se prolonger longtemps sans inconvénients.

La constipation engendre d'autres troubles, la colite muco-membraneuse, l'obstruction plus ou moins complète de l'intestin. La dyspepsie stomacale est toujours exagérée et quelquefois crée par ce syndrome morbide.

La constipation habituelle est symptomatique ou idiopathique. Celle-ci, qui doit seule être étudiée ici, est due tantôt à des troubles moteurs, atonie ou spasme, ou à de l'anesthésie du gros intestin ou à la diminution de la sécrétion muqueuse ; tantôt, enfin, à des altérations de forme congénitale ou acquise.

Les méthodes de traitement sont de trois ordres : A. Médicaments agissant par la voie buccale, comprenant les laxatifs et les purgatifs. Ceux-ci peuvent être classés : 1° en purgatifs mécaniques ; 2° purgatifs cholagogues ; 3° purgatifs augmentant la sécrétion intestinale sans exagération des mouvements péristaltiques ; 4° purgatifs agissant sur les fibres musculaires ; 5° enfin purgatifs agissant à la fois sur l'élément musculaire et sur la sécrétion ;

B. Les méthodes agissant par voie rectale comprennent l'usage des suppositoires, des lavements, des grandes irrigations rectales, des lavements huileux ;

C. En dernier lieu, il faut citer aussi les moyens hygiéniques et les agents physiques, tels que le massage, l'électrisation, etc.

Tous ces moyens ne doivent pas être employés indifféremment. La constipation accidentelle réclame l'usage des purgatifs, ainsi que les périodes aiguës de la constipation habituelle. Celle-ci doit être traitée avant tout par les moyens hygiéniques. Comme moyens adjuvants, il faut d'abord essayer les suppositoires, les lavements et irrigations rectales ; en dernier lieu, les laxatifs.

La constipation spasmodique réclame surtout l'entérolyse et des lavements huileux. Enfin, il est nécessaire souvent d'employer, pour calmer les douleurs dont elle s'accompagne, les calmants comme l'eau chloroformée, l'eau mentholée, l'extrait gras de cannabis indica.

Le massage et l'électricité sont à recommander dans la constipation par atonie, à défendre dans la constipation par spasme.

Enfin, dans tous les cas, le traitement local de la constipation doit être complété par un traitement général approprié.

Présentation d'instruments. — M. Bardet présente une nouvelle seringue à injection sous-cutanée.

P. DESROSES.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

3 Janvier 1899.

Deux cas de kératite parenchymateuse dans la syphilis acquise (avec présentation des malades).

— M. A. Terson. Je désire vous présenter 2 cas de kératite parenchymateuse typique dans la syphilis acquise.

Ces cas ne sont plus méconnus aujourd'hui, et l'on doit citer parmi ceux qui ont le plus contribué à nous faire connaître la question, Galezowski, Haltenhoff, Trouseau et Valude, dont le travail récent contient aussi la bibliographie du sujet.

Les deux cas rentrent dans le tableau de plus en plus classique de la kératite de la syphilis acquise : monolatéralité semblant dans les cas longtemps suivis bien plus fréquente que dans les cas héréditaires ; sexe féminin également plus souvent observé ; iritis plus ou moins intense, mais qu'on observe si souvent dans la kératite héréditaire que je l'appelle quelquefois une *segmentaire* antérieure ; enfin, vascularisation très maigre pouvant ne pas se produire malgré la résorption des infiltrations, et, en tous cas, beaucoup moindre que dans les cas héréditaires classiques. Aussi ai-je tenu à vous présenter ces deux cas qui représentent les deux périodes de la maladie.

M. Valude. Pour faire suite à l'observation de kératite interstitielle de syphilis acquise, que j'ai publiée autrefois, je rapporterai le cas d'une jeune femme d'Haiti, atteinte de syphilis extrêmement maligne, et que j'ai soignée pendant plusieurs mois pour une kératite interstitielle de l'œil droit. Il n'a pas fallu moins d'un an et demi de traitement pour venir à bout de cette kératite, et, quand l'œil droit fut guéri, l'œil gauche fut également atteint ; isolément lui aussi, mais bien plus légèrement. Au bout de deux mois, la vision était rétablie et les accidents terminés.

M. Antonelli. Je soigne un malade qui vient de faire, en plein traitement spécifique intensif, une poussée de kératite dans l'œil non encore atteint. Il est vrai que la kératite du second œil a été plus bénigne que celle de l'œil primitivement atteint, et qui avait motivé le traitement.

M. Jocqs. Les cas de Terson me paraissent intéressants au point de vue du diagnostic entre les opacités de la kératite interstitielle et les leucomes anciens. La différenciation réside surtout dans la régression des opacités lorsqu'il s'agit de kératite interstitielle. Dans le traitement de ces lésions, l'iode me semble plus utile que le mercure.

M. Chevallereau. J'ai observé deux adultes atteints de kératite interstitielle. C'étaient deux syphilitiques en traitement dès le début de leur infection. Cela n'a pas empêché l'apparition des lésions cornéennes, mais celles-ci ont été très bénignes.

M. Gorecki. L'efficacité du traitement dans la kératite est des plus discutables, et on observe les plus grandes variations d'un malade à l'autre.

M. Parent. Vacher a préconisé les pointes de feu appliquées autour de la cornée ; Melgat a vanté l'heureux effet du massage oculaire avec la pommade jaune.

M. Vignes. J'ai pratiqué beaucoup d'injections sous-cutanées d'iode dans la kératite interstitielle, mais je n'ai obtenu aucun résultat thérapeutique évident.

M. Boucheron. L'évolution de ces kératites est des plus variables suivant les sujets. Chez un confrère que j'ai pu suivre, la durée de l'affection n'a pas dépassé cinq semaines. Il existait dans ce fait une hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales qui a disparu ultérieurement.

M. A. Terson. Le traitement n'a pas toujours un effet bien net ; le second œil peut être pris, aussi bien dans la syphilis acquise, de kératite, d'iritis et même d'iritis à condylome, au milieu même du traitement intensif qui semble guérir le premier œil. Nous avons observé ceci plu-

siens fous et nous en avons vu encore récemment des cas. Aussi y a-t-il des questions de degré et de durée tout à fait différents entre les divers cas de kératite, tout comme pour les manifestations syphilitiques en général. Les moyens révélateurs (galvano-cautére, péritomie, pommade jaune) trouveront surtout leur place lorsque la maladie est arrivée à une période de *taie stationnaire*. Malgré l'intensité du premier cas que je vous ai montré, la régression est si manifeste que j'espère voir le centre de la cornée s'éclaircir aussi notablement.

De la valeur diagnostique des stigmates ophtalmoscopiques de dégénérescence. — M. Dreyer-Dufer¹ sur 230 malades examinés au point de vue de la réfraction, a noté 42 fois la présence à l'ophtalmoscope des stigmates dits « hérédo-syphilitiques » (Antonelli), soit 18 pour 100, et, sur ce nombre, il n'y a que 2 fois où il ait eu la certitude d'antécédents spécifiques. Sur ces 18 pour 100, 10 pour 100 étaient des israélites, 23 pour 230. Cette remarque se rencontre avec celle de Liebreich sur la prédisposition à la rétinite pigmentaire qu'aurait la race juive. Les stigmates de dégénérescence se voient surtout chez les hypermétropes et les astigmatés. M. Dreyer-Dufer les a rencontrés :

7 fois en même temps que le strabisme;	
4 — — — la fausse myopie;	
3 — — — le nyctagisme;	
1 — — — l'amincissement de la sclérotique antérieure;	
1 — — — le gérontoxon binoculaire à vingt-sept ans.	

Ces diverses affections indiquent bien un trouble de la nutrition de l'œil, et aussi un trouble plus ou moins dynamique de la nutrition générale; 3 fois il y avait d'anciennes taches cornéennes, restes de kératites de l'enfance. Les mêmes stigmates ont été déjà notés par Notthbeck et par Uthoff, qui ne parlent pas de spécificité. Ce dernier, sur 1.800 malades atteints d'affections cérébrales (épileptiques, alcooliques, paralytiques généraux, psychoses), n'a trouvé que 0,5 pour 100 de localisations du côté du nerf optique. Il ne paraît donc pas que la syphilis héréditaire se jette spécialement et avec une extrême fréquence sur le nerf optique (Savineau). Worrell, de Terre-Haute (Ind.) aurait observé des stigmates analogues dans 50 pour 100 d'hypermétropes et d'astigmatés alors que l'auteur ne donne que 17 pour 100. M. Dreyer-Dufer considère que dans la majorité des cas, on ne doit pas envisager ces stigmates comme hérédo-syphilitiques, mais plutôt comme une dystrophie pouvant s'observer comme conséquence d'hérédité de tout ordre; néanmoins il faut qu'ils donnent l'œil et fassent, mais seulement dans certains cas bien indiqués (coïncidence de kératite interstitielle, d'iritis, d'affection nerveuse en évolution), rechercher d'autres stigmates et tenter le traitement antisiphilitique.

M. Antonelli. La preuve de l'existence des stigmates ophtalmoscopiques que j'ai signalés, et de leur valeur diagnostique, n'est plus à fournir. A part les 90 observations de mon premier mémoire, à part les autres, plus que deux fois plus nombreuses, recueillies par moi-même ces derniers temps, je rappellerai les confirmations de Bardelli, Pergens, Coppex fils, Fruginate, Piseni, Weiss, Trantas, Rollet, Strzeziński, Alfieri et d'autres. Quant à la question de spécificité, que j'ai assez absorbée dans mes publications sur ce sujet, elle se trouve être la même que pour la kératite parenchymateuse. Si cette dernière peut avoir une origine autre que l'hérédo-syphilis (ce qui, d'ailleurs, n'est pas incontestablement prouvé), cela n'empêche qu'en voyant avancer vers vous un enfant atteint de kératite interstitielle, vous penserez d'emblée à la syphilis héréditaire, et que dans l'immense majorité des cas ce diagnostic sera confirmé par nombre de faits plus ou moins significatifs. En somme, les altérations du fond de l'œil que j'ai décrites se trouvent constituer des stigmates de syphilis héréditaire, au même titre que d'autres, pour la simple raison que c'est la syphilis qui leur sert d'origine, intra ou extra-utérine, du moins dans l'immense majorité des cas.

M. Morax. Il ne me semble guère possible de mettre en discussion actuellement l'étiologie des stigmates ophtalmoscopiques. En effet, les faits précis sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions généraliser. M. Antonelli a rassemblé 90 observations qui m'ont semblé suffisamment probantes. Mais ce n'est pas encore assez, et je crois qu'il serait intéressant d'examiner, au point de vue de la présence ou de l'absence de ces lésions cicatricielles, les enfants de syphilitiques avérés. Est-ce faire un pas vers la solution de cette question que de dénommer ces lésions stigmates ophtalmoscopiques de dégénérescence? La dégénérescence, envisagée dans son sens général, me paraît une notion très vague, qui n'explique rien et dont on ne peut se contenter.

M. Jocqs. La discussion n'a, d'ailleurs, qu'un intérêt théorique, puisque le traitement antisiphilitique n'a pas d'influence dans ces cas là.

M. Dreyer-Dufer. On rencontre ces stigmates dans des cas où la syphilis ne peut être soupçonnée, c'est pour cela qu'il me semble important de ne pas préciser ce qui ne peut l'être.

Œdème aigu de la conjonctive. — M. A. Terson. Les cas d'œdème spontané de la conjonctive en dehors de toute infection externe, sont fort rares et peuvent être confondus avec d'autres affections de l'œil et sur-

tout de l'orbite. La maladie dont il s'agit était âgée de quarante-cinq ans, et avait déjà eu à l'autre œil deux ans auparavant une poussée d'œdème conjonctival qui disparut avec des lotions chaudes. Elle a eu une grande dilatation de l'estomac et suit un régime dont elle déclare ne pas s'être écartée. La maladie, dirigée par un café, est souvent exposée à de brusques courants d'air. On ne trouve aucun autre antécédent morbide. L'œil gauche, qui a été autrefois le siège de la poussée d'œdème, est sain aujourd'hui. C'est en se réveillant que la maladie s'est aperçue de l'état de l'œil droit. Le chémosis conjonctival de ce côté est aussi intense que dans la plus violente ophtalmie blennorragique, mais il n'y a aucune sécrétion catarrhale, la cornée et le fond de l'œil sont normaux. Les mouvements de l'œil ne donnent aucune douleur et il n'y a pas trace d'exophtalmie. En deux jours, tout disparaît. Le traitement avait consisté en lavages chauds à l'eau bouillante, en révulsions aux jambes et en une purgation. Warlomont et Testelin, Baltus, Trouseau ont rapporté de ces cas plus ou moins analogues au précédent, ainsi que Thilliez (urticaire conjonctive). Mais les cas de Trouseau avaient peu de chémosis et se produisaient par crises fluxionnaires, plusieurs fois en vingt-quatre heures. Dans tous ces cas, l'absence de douleurs a été la règle. Le nom d'œdème aigu paraît caractériser nettement la maladie dont la pathogénie se rapproche de ces œdèmes aigus à forte hypersécrétion séreuse qu'on a signalés au poumon et dans d'autres régions, chez des neuro-arthritiques, des rhumatisants, des brightiques et qui paraissent relever à la fois d'un trouble vaso-moteur et d'une intoxication. Dans une cavité à excrétion limitée comme l'œil, surtout sénile, les hypersécrétions aiguës d'ordre analogue peuvent expliquer l'apparition du glaucome aigu, et sa curabilité, dès qu'on rétablit la communication entre les deux chambres par une section irienne, et qu'on évacue le trop plein engendré par ce processus essentiellement passager, ce qui n'est pas le cas dans les autres formes de glaucome.

M. Jocqs. J'ai observé, chez une personne âgée, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, une poussée d'œdème aigu de la conjonctive. La compression simple fit disparaître cet œdème en vingt-quatre heures.

Hémorragie expulsive après l'extraction de la cataracte. Réclinaison du cristallin sur l'autre œil. — M. Valude. J'ai éprouvé, il y a quelques semaines, l'ennui de voir, chez une de mes malades, se produire une hémorragie expulsive aussitôt après une opération de cataracte. Contrairement à ce qui se passe habituellement en pareil cas, la malade demanda à être opérée aussitôt que possible de l'autre œil. Quelle conduite tenir vis-à-vis de l'autre œil? Je résolus pour éviter un accident semblable à celui du premier œil, de recourir à la réclinaison de la cataracte par la voie scléroticale. L'opération fut très facile et peu douloureuse. Le cristallin fut récliné en masse, culbuté en arrière dans le vitréum, maintenu quelques secondes en place, puis abandonné. Les suites furent aussi simples que possible. Pas l'ombre de douleur ni de rougeur de l'œil. L'acuité visuelle après correction est excellente. L'examen ophtalmoscopique me fit constater une excavation de la papille, indice d'un glaucome simple qui expliquait l'hémorragie expulsive de l'autre œil. Sans tirer de ce fait aucune conclusion, je pense cependant que la réclinaison est une opération peut-être trop abandonnée aujourd'hui, et dont seraient justiciables un certain nombre de cas où l'œil n'est pas en état d'intégrité parfaite.

M. Parent. La réclinaison de la cataracte ne mériterait pas d'être entièrement délaissée. Elle me semble indiquée dans des cas analogues à celui de notre confrère, pour les malades atteints de granulations chroniques ou d'affections des voies lacrymales, chez lesquels on redoute de faire une plaie étendue.

M. Chevallereau. J'ai vu dans un cas une hémorragie rétro-choroïdienne après l'extraction. L'hémorragie s'est développée une heure et demie après l'opération. La voie cornéenne me semblerait préférable à la voie sclérotale.

M. Vignes. J'ai eu trois fois coup sur coup des hémorragies expulsives. L'opération était toujours terminée lorsque se produisit l'hémorragie. Dans les 2 cas, l'accident s'accompagna de douleurs intolérables qui durèrent toute la nuit. Dans le 3^e cas, les douleurs ont manqué. Quant à la réclinaison, je ne l'ai jamais pratiquée, mais j'ai vu, dans l'Yonne, de nombreux opérés qui avaient perdu la vision des suites du glaucome secondaire à la réclinaison.

V. MORAX.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

25 Janvier 1899.

Diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde. — M. Piorkowsky a trouvé un milieu sur lequel les colibacilles et les bacilles typhiques, ensemencés simultanément, forment, au bout de vingt heures, des

colonies qui sont arrondies, quand il s'agit de colibacilles, et qui présentent des prolongements quand il s'agit de bacilles typhiques. Les cultures gardent ces caractères quand on ensemence les sècles typhiques.

Ce milieu se prépare de la façon suivante :

On prend une certaine quantité d'urine émise depuis quarante-huit heures et présentant déjà une réaction alcaline; on y ajoute 0,50 pour 100 de peptone et 3,30 pour 100 de gélatine; le liquide est ensuite stérilisé deux fois. Le liquide ensemencé avec les sècles des typhiques est mis alors pendant vingt heures à l'étuve chauffée à 22°.

Ce procédé a été utilisé avec succès dans 4 cas de fièvre typhoïde.

Les indications actuelles de la cure radicale des hernies. — M. Rotter estime que la cure radicale des hernies étrangées est justifiée si l'opération remplit deux conditions, qui sont : l'absence de tout danger pour la vie de l'opéré et la persistance des résultats opératoires. Ces deux conditions sont remplies si l'on opère d'après le procédé de Bassini.

Ainsi, dans sa statistique personnelle portant sur des hernies scrotales, M. Rotter a eu une mortalité de 0,3 pour 100, et d'autres chirurgiens ont une mortalité encore moins élevée. Pour ce qui est de la récidence, il n'a eu qu'un seul cas sur les 67 opérés qu'il a pu suivre.

Pour les hernies crurales, M. Rotter n'a pas eu un seul cas de mort, mais, en revanche, 3 récurrences.

M. Rotter fait ses suture au catgut; les malades gardent le lit pendant quinze jours à trois semaines. Le port d'un bandage est inutile.

Les contre-indications de la cure radicale sont les maladies générales, l'âge avancé; de même pour les tout petits enfants, chez lesquels les hernies guérissent spontanément; il vaut mieux attendre.

M. Karewski considère le procédé de Kocher comme un procédé excellent, non seulement chez les enfants, mais aussi dans les hernies volumineuses des adultes.

BELGIQUE

Société d'anatomie pathologique.

31 Décembre 1898.

Étiologie et développement des myomes de l'utérus. — M. Keiffer expose, à l'aide de projections de préparations microscopiques, les particularités de la circulation dans l'utérus: artères flexueuses, hélicines, se continuant par un réseau de lacunes qui remplacent les capillaires des autres organes; dépendance complète du système sanguin et du tissu utérin.

En faisant des injections vasculaires pour étudier la disposition de ce système, l'auteur a constaté la présence de petits flocs musculaires non vascularisés qui s'accroissent par adjonction périphérique de fibres utérines. et, dans la suite, sont pénétrés par des vaisseaux qui en assurent la nutrition. Ces petits myomes se trouvent souvent disposés dans une zone de tissu utérin irriguée par un même vaisseau ou par ses branches immédiatement collatérales. Ils ont la même structure fondamentale que le tissu fibrillaire du muscle utérin lui-même ou des parois vasculaires. Au centre du myome, on constate souvent la présence d'un centre de figure semblable à la lumière d'un vaisseau où l'injection n'a pas pénétré. Ces myomes augmentent par accroissement centripète, puis horizontal. C'est la méthode des injections qui a permis de découvrir ces faits nouveaux, qui ont été longtemps ignorés, quoique parfois soupçonnés, mais sans avoir jamais reçu de démonstration expérimentale.

Après avoir cité rapidement les travaux de Velpau, Walton, Galippe, Landouzy, Klebs, Kleinwächter, Doran, Cordes, l'auteur conclut ainsi :

« Nous considérons les myomes utérins comme la réaction hypertrophique du tissu utérin autour de certains vaisseaux, ou l'enkystement par ce tissu des tronçons vasculaires mis hors d'usage par thrombose, compression prolongée ou tout autre processus troublant la circulation. L'utérus des mammifères supérieurs, de par la complexité de sa structure musculaire et vasculaire, se prête infiniment mieux au développement des myomes que l'utérus des mammifères inférieurs, ce qui semble être confirmé par l'observation clinique. »

ILES BRITANNIQUES

Société clinique de Londres.

13 Janvier 1899.

Myosite ossifiante localisée. — M. Hutchinson présente une femme de trente-cinq ans, qui se démit l'épaule en 1896. Six semaines plus tard, on remarqua la présence d'une masse très dure dans le coraco-brachial, masse qui empêchait la flexion et la pronation. La radiographie montra qu'il ne s'agissait ni d'une tumeur développée aux dépens de l'humérus, ni d'un déplacement de l'apophyse coronoïde.

Atrophie musculaire progressive consécutive à la rougeole. — M. Batton montre un garçon de sept ans dont voici l'histoire. Trois mois après sa guérison d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, il commença à traîner le pied gauche en marchant;

quelques mois plus tard, le même fait se reproduisait à droite. La faiblesse a continuellement augmenté; depuis six mois, elle a envahi les mains. Atrophie considérable des muscles des deux jambes: flexion et extension des pieds impossibles: les pieds sont en varus équin; atrophie des muscles thénar, hypothénar et interosseux; reflexes normaux; sensibilité normale; fonctions vésicales et rectales parfaites: tels sont les principaux symptômes cliniques. Pas d'antécédents héréditaires à relever.

Squirrhe de la parotide. — M. Robinson présente un homme de soixante-cinq ans atteint d'une tumeur parotidienne ayant fait son apparition il y a six mois: elle occupe la totalité de l'excavation parotidienne, émettant des prolongements en dedans du maxillaire inférieur et vers le pharynx. Les ganglions cervicaux sont tous atteints de même que les ganglions sus-claviculaires. Il ne semble pas y avoir de formation secondaire.

Éléphantiasis du membre inférieur. — M. Duckworth présente une jeune fille de vingt ans qui depuis trois ans avait de l'œdème du membre inférieur gauche. Ce dernier était hypertrophié, dur, d'une température au-dessous de la normale: la pression ne déterminait pas la formation de godets. Une légère amélioration s'était produite grâce au massage, à l'électricité et à un régime spécial. La cause de cet œdème est inconnue: le sang ne présente pas d'altération; rien ne pourrait faire songer à la filariose. Pas de maladie viscérale, pas de stase veineuse; les ganglions ne sont pas hypertrophiés.

Société pathologique de Londres.

17 Janvier 1899.

Erasement de la colonne cervicale. — M. Potter montre la colonne vertébrale d'un homme de quatre-vingt-deux ans qui, vingt ans avant sa mort, avait été blessé dans la région de la nuque par la chute d'un mur en briques. Il était resté deux jours sans connaissance; une hémiplegie droite avait persisté quelque temps après sa guérison. La pièce montre que la colonne cervicale présente une courbure très accentuée à concavité antérieure, si bien que le doigt introduit dans la bouche n'avait pu atteindre la paroi postérieure du pharynx. Les vertèbres lésées s'étaient solidement soudées entre elles par ankylose osseuse: il n'y a pas de lésions de la moelle.

Capsules surrénales kystiques. — M. Crawford présente la capsule surrénale gauche d'une vieille femme qui, de son vivant, n'avait présenté aucun symptôme pouvant faire penser à une lésion de cet organe. On y voit un gros kyste plein d'un liquide louche, sans crochets. La partie solide de la tumeur a la structure des adénomes.

Tuberculose du foye. — M. Fletcher relate l'observation d'un enfant de six ans mort de tuberculose généralisée sans avoir présenté d'ictère. L'intestin offre de nombreuses ulcérations. Il existe de nombreux tubercules miliaires dans le parenchyme hépatique et sous la capsule; on y voit, en outre, de petites cavités du volume d'un petit pois, pleines d'un liquide verdâtre. D'après l'auteur, il y aurait eu infection primitive par des bacilles venus des ulcérations intestinales en suivant la veine porte, puis une infection secondaire par l'artère hépatique amenant la perforation des canaux biliaires et la dissémination des tubercules dans toute l'étendue du parenchyme hépatique.

Tumeur multiloculaire de la région inguinale. — M. Robinson montre un sac herniaire enlevé au cours d'une cure radicale chez une femme de vingt-trois ans. Lorsqu'on eut vidé le sac, on remarqua que sa paroi était remarquablement épaisse. Cet épaississement était dû à la présence de nombreux petits kystes à liquide brunâtre. L'auteur se demande si l'on n'aurait pas affaire ici à des vestiges du corps de Wolff.

Société médico-chirurgicale de Londres.

24 Janvier 1899.

Arthrites blennorrhagiques chez les enfants, consécutives à une ophthalmie purulente. — M. Lucas présente le résumé de 23 cas personnels dont il tire les conclusions suivantes: La localisation articulaire du gonocoque peut revêtir deux formes. Ou bien il se produit une arthrite suraiguë, s'accompagnant de tuméfaction, douleur et rougeur très notables, avec tendance à suppurer; ou bien l'on se trouve en présence d'une synovite subaiguë, donnant lieu à un abondant épanchement, douloureux, avec peu ou pas de rougeur des téguments. Des 23 cas réunis par l'auteur, 18 avaient pour cause une ophthalmie inoculée pendant le travail; dans les 5 autres cas, il s'agissait d'infection chez des enfants plus âgés, dont le plus vieux avait sept ans. L'ophthalmie se déclare vers le troisième jour après l'accouchement, l'arthrite vers la fin de la deuxième semaine de l'ophthalmie. Le gonocoque s'attaque à toutes les jointures, mais il a une prédilection marquée pour les genoux; l'inflammation dure de trois à cinq semaines et peut se terminer par la résolution; dans les cas où l'articulation suppure,

c'est qu'il y a eu infection secondaire par le streptocoque ou le staphylocoque. Les observations sont appuyées d'examen bactériologique qui ont révélé comme cause de l'ophthalmie et de l'arthrite le gonocoque de Neisser.

M. Barwell. Si l'arthrite blennorrhagique se produit plus fréquemment à la suite de la chaudepisse qu'à la suite de l'ophthalmie, c'est que le pus s'écoule plus facilement de l'œil que de l'urètre; c'est la même raison qui fait que les localisations articulaires du gonocoque sont plus rares chez la femme que chez l'homme, le vagin constituant une large voie d'évacuation du pus.

RUSSIE

Société de psychiatrie de Saint-Petersbourg.

12 Novembre 1898.

Troubles nerveux chez les dégénérés. — M. L. Blumenau trouve qu'on abuse du terme hystérie, surtout chez l'homme, et que, bien souvent, on considère comme des hystériques des personnes qui ne le sont pas. Il a souvent observé, dans son service de l'hôpital militaire, l'anesthésie cutanée ou des muqueuses, la perte du réflexe pharyngien, le tremblement des membres et l'œdème des extrémités allant presque jusqu'à l'œdème bleu. Mais aucun de ses malades n'avait de zones hystérogènes, ni de contractures. Par contre, ils présentaient tous des signes de la dégénérescence physique ou psychique. Aussi M. Blumenau considère-t-il les troubles sus-indiqués non comme des manifestations d'hystérie, mais comme des signes de l'affaiblissement du système nerveux, en rapport avec la dégénérescence.

M. Borichpolsky a observé quelques-uns des stigmates de l'hystérie chez des aliénés.

PRATIQUE MÉDICALE

L'oxycamphré dans la dyspnée.

M. Ehrlich, attaché au service du professeur Pal, de l'hôpital général de Vienne, a constaté que l'oxycamphré jouit de propriétés sédatives très remarquables, principalement dans la dyspnée, aussi bien quand celle-ci est produite par une lésion cardiaque ou pulmonaire (emphysème, tuberculose) que quand elle est d'origine nerveuse. Il semble donc posséder une action élective sur le centre respiratoire et mérite, à ce titre, le nom d'antidyspnée.

On l'administre, soit à la dose de 4 grammes par jour, sous forme de cachets (4 à 6 cachets par jour), soit sous forme de potion:

Solution alcool. d'oxycamphré à 50 p. 100	2 gr.
Esprit de vin	5 —
Sirop de framboises	20 —
Eau distillée q. s. pour faire	180 —

A prendre dans la journée par cuillerées à soupe.

Répertoire thérapeutique

Le sang contient une quantité déterminée de fer, c'est là une notion établie depuis nombre d'années. De là, cette vieille pratique thérapeutique, toute empirique, dans les cas d'anémie ou de chlorose, de faire boire de l'eau dans laquelle on laisse rouiller des clous ou de la limaille de fer, c'est-à-dire de l'eau contenant en suspension un oxyde de fer.

Par la suite, le rôle du fer dans l'organisme fut mieux connu; on sut son rôle dans les phénomènes de la respiration, on sut que le fer fixe l'oxygène sur le globule sanguin et forme, par combinaison, l'oxyhémoglobine. Hoppe-Seyler, puis Preyer, par leurs expérimentations, prouvent que deux atomes d'oxygène sont fixés par un seul atome de fer, atome qui, oxydé, porte la vie dans les tissus et permet de réparer les pertes quotidiennes dues aux phénomènes incessants de la combustion.

Il est donc nécessaire que le sang s'approvisionne journellement d'une certaine quantité de fer, égale au moins à celle qui est perdue pendant la combustion, sinon surviendraient l'anémie, la chlorose, par suite de l'oxydation insuffisante du sang. Ce fer d'où vient-il? A l'état normal, le sang l'emprunte aux aliments ingérés; il existe, en effet, dans la plupart des corps absorbés, végétaux ou animaux, et il s'y trouve sous une forme spéciale, véritablement assimilable.

Or, pour les cas où le fer des aliments ne suffisait pas, il s'agissait de trouver un ferrugineux qui correspondît à cette forme spéciale, qui fût assimilable comme elle, c'est-à-dire qui pût passer dans

la circulation sans changer de forme chimique. Mais, pour le déterminer, il fallait savoir d'abord sous quelle forme le fer était contenu dans les aliments.

Il est inutile de reprendre l'histoire des premiers ferrugineux; nous arrivons d'emblée à l'époque où les phénomènes digestifs étant mieux connus, on sut que les aliments, sous l'influence de la pepsine, principe actif du suc gastrique, se transforment en peptones, substances vraiment assimilables concourant directement à la nutrition de l'économie.

Claude Bernard démontra, en effet, que le fer, ingéré avec les aliments ou de toute autre façon, devait, pour passer dans le sang, pour être assimilé, être réduit à l'état de peptonate. Des expérimentations multiples prouvèrent que le fer, en rapport avec les acides de l'estomac, en présence de la glycérine, et à une température de 30° à 40°, formait un sel nouveau de tous points défini, totalement assimilable; ce sel était un *peptonate de fer*. En 1880, le professeur Hayem proclamait lui aussi que le fer était assimilé surtout sous cette forme.

Cependant, le côté essentiel de la question n'était pas résolu; il s'agissait d'obtenir, artificiellement, un sel en tous points identique au sel de fer produit dans l'estomac pendant les phénomènes digestifs.

C'est alors que M. Maurice Robin prouva expérimentalement que la formation du peptonate de fer avait lieu dans le duodénum, et dans cette seule portion de l'intestin, grâce à la présence toujours constante de la glycérine; et que, grâce à cette même glycérine, il y avait là un phénomène d'émulsion, en tout identique à une véritable saponification; que, par cette saponification, le fer qui est à l'état de combinaison peptonisée devenait, par ce seul fait, un sel nouveau, défini, double, soluble, assimilable: un *pepto-glycéro-fer*.

Le 27 juillet 1885, M. Maurice Robin présentait à ce sujet un mémoire à l'Académie des sciences, dont M. Berthelot fut le rapporteur. Ses travaux furent confirmés par Bunge et par Wild.

Les expériences cliniques sur ce nouveau sel furent d'abord faites dans le service de M. Dumontpallier; puis dans d'autres hôpitaux aussi. Les résultats furent probants: on avait un sel parfaitement et directement assimilable, c'est-à-dire pouvant passer dans la circulation, sans subir de nouvelles transformations chimiques. Ces faits ont été, d'ailleurs, confirmés par les travaux récents de Mitscherlich, Buchteine, Diell, Scherpf et autres, qui dénommèrent le peptonate de fer *fer-aliment*, démontrant ainsi que ce sel était analogue à celui qui était physiologiquement produit dans l'intestin au cours des phénomènes normaux de la digestion.

De tout ceci, il résulte que le sel ferrugineux le mieux assimilable est celui qui arrive dans l'estomac à l'état pour ainsi dire physiologique, et le problème est résolu avec le pepto-glycéro-fer, dénommé encore *peptonate de fer* par M. Maurice Robin.

Le peptonate de fer se présente sous la forme de gouttes concentrées, dont on doit prendre XX à XXX gouttes avant chacun des principaux repas, dans un peu d'eau. Dépasser cette dose serait inutilement s'exposer à des effets préjudiciables; il se produirait alors des malaises très apparents qu'on pourrait à juste titre appeler la fièvre du fer. Pour les enfants, IV à V gouttes avant les repas suffisent amplement.

Ainsi administré, d'une façon continue, pendant une période assez longue, le peptonate de fer Robin a toujours donné des résultats constants et probants dans les cas d'anémie, de chlorose, et, en général, dans les maladies où la teneur du sang en hémoglobine est inférieure à la normale.

BIBLIOGRAPHIE

J. Ogier. — *Traité de chimie toxicologique*. 1 vol. in-8° Jésus, de 837 pages, avec 86 figures. Prix: 16 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

E. Cassaët. — *Précis d'auscultation et de percussion*. 1 vol. gr. in-18, de 692 pages, avec 158 figures, dont 97 en couleurs, cartonné à l'anglaise. Prix: 9 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

E. Lancereaux. — *Traité des maladies du foie et du pancréas*. 1 vol. in-8° Jésus, de 1020 pages, avec 132 figures. Prix: 21 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

PEPTONE CORNELIS
et **Glycérophosphates**

Chaque verre à madère de **VIN CORNELIS** renferme les éléments de :
30^{es} VIANDE DE BŒUF
et 30 centigr. de **Glycérophosphates.**

VIN CORNELIS

**TONI-NUTRITIF
RECONSTITUANT
RÉPARATEUR PUISSANT**

DOSE : Un verre à madère après chacun des deux principaux repas.

PRÉPARATION et DÉPOT GÉNÉRAL :
L. BRUNEAU, Pharmacien de 1^{re} Classe, à LILLE.

OFFICIELLEMENT
PRESCRITE
DANS LES
HOPITALS DE PARIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE
Sans odeur

PEPTONE CORNELIS

Très agréable au goût.
Représente 10 fois son poids de **VIANDE DE BŒUF**.
PLUS NUTRITIVE, LA PLUS DIRECTEMENT ASSIMILABLE

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevetés.
DOSE : 2 à 3 cuillères à soupe par jour.

DÉPOT GÉNÉRAL :
Ph^o **L. BRUNEAU, à LILLE.**

Granules de Catillon à 1 Milligr. d'Extrait Titré de
STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les **Vrais Granules de Catillon**, Paris, 3, Boulevard St-Martin.

OBÉSITÉ. MYXŒDÈME. HERPÉTISME. GOITRE

Tablettes de Catillon
à 0^{es} 25 de corps

THYROÏDE

Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl. 3 fr.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 40 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÈRES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

DEBIT DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN

L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus légère à l'estomac.

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897.

PRÉPARATIONS DE MALT
DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT
AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

DÉPOT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros : **L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.**

MORRHUOMALTOL GLYCÉROPHOSPHATÉ de **ECALLE**

Reconstituant Général des **SYSTEMES OSSEUX, NERVEUX et SANGUIN**. — Renfermant tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : Chlorure, Bromure, Iodure, etc. du Malt, Diastase, etc. 49 gr. 50 de Glycéro-phosphate de chaux chimiquement pur par dose.

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la **Machine à écrire "REMINGTON", n° 7**

Caractères "PICA" — Clavier médical.

Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser : **WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS**

1^o Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant :

Teinture de Belladone	5 gr
Alcoolature de Racines d'aconit	5 gr

2^o Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de :

Alcool à 90°	100 gr
Salol	4 gr
Saccharine	0 gr 50
Teinture de vanille	5 gr
Essence de menthe	5 gr
Carmin pulvérisé qs pour colorer	

3^o Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate
de **CHAUX**
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LES ACCALMIES TRAITESSES DE L'APPENDICITE, par M. DIEULAFOY (avec un tracé) 61
NATURE ET TRAITEMENT DU GLAUCOME, par M. CH. ABADIE 64
TUBERCULE DE LA COUCHE OPTIQUE, par MM. J. DEMANGE et L. SPILLMANN (avec une figure en noir) 65

MÉDECINE PRATIQUE

L'ictère grave et son traitement, par M. A.-F. Pliqueux 66

ANALYSES

Pathologie générale : Le rôle pathogène du bacille pyocyanique dans la dysenterie, par M. Jérôme Lantigau. — Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose, par M. L. La Bonnardière 67
Chirurgie : Thyroïdite suppurée, par M. Th. Jennesco. — Obstruction intestinale par condrome coïncidant avec un étranglement herniaire, par MM. GRANDJEU et G. GUYOT. — De l'ampullation latéro-scapulo-thoracique dans le traitement des tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humerus, par M. P. BERGARI 67
Obstétrique et gynécologie : Nouvelle méthode pour la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale de cet organe, par M. ROBERT ABIE. — Anévrisme de l'artère utérine; ligature de l'hypogastrique; guérison, par M. P. MUNDÉ 68
Ophthalmologie : Des manifestations oculaires de la lèpre, par MM. JEANSELMÉ et MORAN 68
Thérapeutique et matière médicale : Traitement de la lithiase rénale par le jus de citron, par M. S. BOGRAUX 68

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Les accalmies traitesses de l'appendicite, M. DIEULAFOY. — Le traitement chirurgical de l'appendicite, M. RECLUS. — L'alcoolisme des femmes normandes, M. BRUNON 52
Société de biologie : Du titre des solutions salines employées en injections, MM. VAZQUEZ et BOUSQUET. — Culture du bacille tuberculeux sur le sang emprisonné dans la gélose glycérolée, MM. P. BEZANCON et Y. GRIFFON. — Les leucocytes dans la chlorose, MM. A. GILBERT et E. WEL. — Lésions sanguines dans les érythèmes, M. LEBREDD. — Goitre exophtalmique à prédominance ophtalmique, M. ABADIE. MM. DASTRÉ, ABADIE, DASTRÉ. — Sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère, M. PHISALIX. — Extrait capsulaire de l'homme sain, MM. GUINARD et MARTIN. — Action des extraits capsulaires de la période foetale, M. LANGLOIS. — Infection streptococcique chez le nouveau-né, MM. DE GRANDMAISON et CARTIER. — Variations de la température chez les agités maniaques, MM. TOLLIOUX et MARCHAND. — Conducteurs des mouvements croisés, MM. WERTHEIMER et LEPAGE. — Destruction du labyrinthe chez les couleuvres, M. V. HENRI 52

Société anatomique : Cirrhose alcoolique, rupture de varices gastriques, M. MARMASSE. — Hernie de l'appendice dans le canal inguinal, M. AUDIERRE. — Note complémentaire sur un cas d'oblitération de la coronaire, M. CASTAIGNE. — Anévrisme du cœur; infarctus viscéraux multiples; infarctus du foie, M. CASTAIGNE. — Absence totale du sterno-cléido-mastoïdien et du pectoral, M. FAISSEL. — Phlegmon périphrénique ayant pris naissance au niveau d'une lésion casenne du rein, MM. NICAISE et PASCAL. — Ramollissement de la troisième circonvolution frontale gauche par artérite syphilitique oblitérante, M. VOZZELLE 53

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la gale en ville 53

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 Février 1899, à 1 heure. — M. GRANDIN : Contribution à l'étude des maladies du cœur et en particulier de la tachycardie chez les tuberculeux; MM. Potain, Terrier, Gilles de la Tourette, Maucclair. — M. CAZAUZ : Goitre exophtalmique, quelques considérations sur son traitement; MM. Potain, Terrier, Gilles de la Tourette, Maucclair. — M. VERGÈTE : Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire; MM. Potain, Terrier, Gilles de la Tourette, Maucclair. — M. FOURNIER : Chirurgie de la caisse dans l'otorrhée; MM. Terrier, Potain, Gilles de la Tourette, Maucclair. — M. BOVIN : Contribution à l'étude des rétentions rénales; MM. Tillaux, Pinard, Walther, Varnier. — M. BOUENNE : Contribution à l'étude de l'oséophagotomie par voie thoracique postérieure; MM. Tillaux, Pinard, Walther, Varnier. — M. ABELLY : Documents pour servir à l'histoire de la sympathotomie; MM. Pinard, Tillaux, Walther, Varnier.

Jedi 16 Février 1899, à 1 heure. — M. COHENY : Sur le traitement du muguet chez le nouveau-né; MM. Hutinel, Deboue, Marfan, Achard. — M. MOURVAZ : Recherches sur l'urobilinurie; MM. Deboue, Hutinel, Marfan, Achard. — M. CHARLET DE RIQU : L'isolement du phthisique à l'hôpital Lariboisière; MM. Deboue, Hutinel, Marfan, Achard. — M. WINSTENBERG : Luxation latérale interne de l'auriculaire; MM. Berger, Budin, Gley, Faure. — M. OLIVE : De l'indicanurie en général et particulièrement dans la grossesse et la puerpéralité; MM. Budin, Berger, Gley, Faure.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 15 Février 1899. — 2° Nouveau régime. Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Ch. Richel, Lannois, Desgrez. — 3° Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Lannelongue, Sebilleau, Lepage. — 5° (Première partie), Chirurgie, (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Rémy, Lejars. — 3° (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Blum, Broca (Aug.), Leguen.
Jedi 16 Février 1899. — Médecine opératoire. Ecole

pratique : MM. Le Dentu, Rémy, Thiéry. — 2° (Nouveau régime), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Mathias-Duval, Hanriot, Langlois. — 3° Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Panas, Hartmann, Bonnaire. — 3° (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Raymond, Roger, Thiroloix. — 3° (Deuxième partie), (2^e série) : MM. Corail, Troisier, Vaquez. — 4° Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : Pouchet, Thoinot, Wurtz.

Vendredi 17 Février 1899. — 3° Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Lannelongue, Blum, Varnier. — 3° (Deuxième partie) : MM. Joffroy, Lancelotti, Feissier. — 4° Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Dupré. — 5° (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Tillaux, Reclus, Leguen. — 5° (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Humbert, Lejars, Maucclair. — 5° (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Broca (Aug.), Lepage.

Samedi 18 Février 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Panas, Rémy, Quénu. — 2° (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Mathias-Duval, Blanchard, Gley. — 3° (Deuxième partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Deboue, Hallopeau, Roger. — 4° Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Vaquez, Langlois. — 5° (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Le Dentu, Thiéry, Faure. — 5° (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Berger, Albarann, Hartmann. — 5° (Deuxième partie), Necker : MM. Dieulafoy, Achard, Thiroloix. — 5° (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Maygrier, Bonnaire.

HOPITALS ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Joffroy et Cruveilhier, qui ont accepté; MM. Barth, Moutard-Martin, Ménétier, Merklen, Landrieux.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1899. — MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1899, savoir :

Pour MM. les Elèves internes : de 2^e, 3^e et 4^e année, le lundi 13 Février, à 2 heures; de 1^{re} année et pour MM. les internes provisoires, le mercredi 15 Février, à 2 heures.

Pour MM. les Elèves externes : de 3^e année, le jeudi 16 Février, à 1 h. 1/2; de 2^e année, le samedi 18 Février, à 1 h. 1/2; de 1^{re} année : première moitié de la liste, le jeudi 23 Février, à 1 h. 1/2; deuxième moitié de la liste, le vendredi 24 Février, à 1 h. 1/2.

N.B. — MM. les Elèves seront appelés suivant leur

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

POUGUES TONI-DIGESTIVE

SAINT-GALMIER BADOIT

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 11, 8 FÉVRIER 1899.

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉIFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la CONSTIPATION CHRONIQUE

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL

PANCHÈVRE et C^{ie}, 28, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies

OPOTHÉRAPIE Répétitive, Ovarienne, Surrénale, Thyroïdienne **MONCOUR**

numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Hôpital Saint-Antoine. — *Polyclinique pour les maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE tiendra sa polyclinique le mercredi, à 10 heures du matin, au laboratoire Axenfeld.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société médico-chirurgicale (séance du lundi 13 Février 1899). — Rapports de MM. Bourdel et Moutier sur la candidature de M. Vinaut; Rapports de MM. Berthod et Dagron sur la candidature de M. Carpentier-Méricourt; M. Gautrelat: Le sérum pré-tuberculeux hyperacide; Fin de la discussion sur l'hypertension artérielle. Nouvelle communication de M. Huchard; Discussion sur la proposition de M. Dauchez relative au changement de siège des séances; M. Bouloumié: Pathogénie des lithiases biliaires; M. Dubrisay: Un cas de stercorémie pendant les suites de couches; M. Forestier: Le réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique; M. Pecker: Suppléance d'un organe malade par un organe sain.

Hommage à M. A. Gombault. — Les amis et les élèves de M. A. Gombault ont décidé de lui offrir un banquet à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le professeur Brouardel, le 22 Février 1899, au restaurant Marguery, à 7 h. 1/2.

Prière de se faire inscrire chez MM. Esmonet, interne à l'hospice d'Ivry, Castaigne, interne à l'hôpital Cochin, ou Cl. Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière. La cotisation est fixée à 20 francs.

Banquet à M. Chaput. — Les élèves et anciens élèves de M. Chaput lui offrent, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur, un banquet, chez Ledoyen, avenue des Champs-Élysées, le 18 Février, à 7 h. 1/2.

Les personnes qui désirent s'y associer sont priées d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible à MM. Morély, Malartic, Guillemot, internes à l'hôpital Tenon.

Devant le Conseil d'État. — Une doctoresse en médecine, Mlle Bonsignorio, oculiste, vient de déposer au Conseil d'État un pourvoi en cassation, pour abus de pouvoir, contre le Conseil de l'Université qui, à deux reprises, bien qu'elle fût dans les conditions requises, lui a refusé l'autorisation d'ouvrir un cours libre d'ophtalmologie à la Faculté de médecine.

Cette autorisation étant donnée sans difficulté aux docteurs qui en font la demande, Mlle Bonsignorio estime qu'on ne peut, sans flagrante injustice, la lui refuser. Le jugement qui sera rendu par le Conseil d'État à ce sujet présentera un certain intérêt.

Étranger.

— Le professeur Rudolph Robert, directeur des asiles pour phthisiques de Gohersdorf (Silésie), a été appelé à la chaire de pharmacologie de l'Université de Rostock.

— M. Enderlen, privat-docent de chirurgie à l'Université de Marbourg, est promu au rang de professeur extraordinaire.

— Le privat-docent Edouard Nessel est nommé professeur extraordinaire d'art dentaire à l'Université tchèque de Prague.

— M. Combo, privat-docent de pédiatrie à l'Université de Lausanne, est promu au rang de professeur extraordinaire.

— Le gouvernement prussien vient de déposer sur le bureau de la Chambre le fameux projet de loi depuis longtemps annoncé, instituant des tribunaux corporatifs spéciaux (tribunaux d'honneur) pour les médecins.

Le projet crée un tribunal par chaque chambre de médecins et un tribunal supérieur d'appel pour tout le royaume.

Chaque tribunal de première instance se compose du président et de trois membres de la chambre des médecins, assistés d'un cinquième juge appartenant à l'ordre judiciaire. Tous les médecins civils non appointés ou commissionnés par le gouvernement sont justiciables de ces tribunaux, et leur témoignage est obligatoire sous peine d'une amende pouvant s'élever à 300 marks.

Ces tribunaux se prononcent sur les manquements au devoir professionnel, à l'honneur et à la dignité médicales. Les pénalités dont ils disposent sont: l'avertissement, la réprimande, des amendes s'élevant jusqu'à 3.000 marks, la suspension ou le retrait du droit de vote et de l'éligibilité pour les chambres de médecins.

L'enquête sur les litiges et les plaintes est faite par le juge adjoint aux médecins du tribunal. La majorité simple des voix suffit pour un jugement favorable au médecin prévenu; une condamnation doit réunir les quatre cinquièmes des suffrages. Le condamné a quatre semaines pour en rappeler au tribunal supérieur composé de sept membres désignés par le roi et choisis en dehors des fonctionnaires médicaux civils ou militaires.

Les médecins prussiens, la majorité d'entre eux du moins, réclamaient depuis longtemps une réglementation qui garantît l'honneur corporatif en permettant de frapper les membres indignes. Les voilà satisfaits. Reste à savoir s'ils n'auront pas lieu de se repentir d'avoir eu recours à la tutelle de l'État. Le projet spécifie bien que les médecins ne pourront être inquiétés pour leurs opinions scientifiques, politiques ou religieuses, mais il y a nombre de bons esprits qui restent méfiants.

— L'accession des femmes aux études médicales en Allemagne et la faculté pour elles d'acquiescer les diplômés d'État donnant le droit d'exercer la médecine est chose faite. Le Conseil fédéral vient de prendre une décision dans ce sens, de sorte qu'un certain nombre

d'étudiantes en médecine dont la situation était mal définie, pourront passer leurs premiers examens encore dans le courant de ce semestre.

— Récemment mourait à la clinique gynécologique de Rostock, une femme dont le mari interdit l'autopsie. Malgré cette interdiction, de petits fragments furent prélevés sur le cœur et les reins, puis ces organes remis en place. Quand le mari vint chercher la dépouille mortelle de sa femme, il s'aperçut que le corps avait été autopsié et il intenta une action au directeur de la clinique.

L'affaire vint en première instance devant le tribunal des échevins, qui, conformément au paragraphe 367 du Code pénal réglementant la matière, condamna le directeur de la clinique à 150 marks d'amende. Celui-ci interjeta appel et la cause revint le 26 Janvier devant le tribunal correctionnel de Rostock.

Le directeur fut beau alléguer qu'il n'y avait pas eu d'autopsie proprement dite, mais simplement prélèvement de tout petits morceaux d'organes, nécessaires pour établir les causes de la mort. Le tribunal confirma purement et simplement le premier jugement.

Nécrologie. — Dernièrement est mort, à Berlin, à l'âge de soixante-trois ans, M. Ernst Gurli, professeur extraordinaire de chirurgie à l'Université de cette ville. Parmi ses ouvrages saillants, citons: « Contribution à l'anatomie pathologique comparée des affections articulaires »; « Transport des blessés et des malades en temps de guerre »; « Fragments de chirurgie militaire », etc.

On annonce également le décès du chirurgien général en retraite James Macheth (de Londres); de M. Thomas Cole, médecin en chef de l'hôpital royal de Bath; de sir John Nugent, ancien inspecteur général des asiles d'aliénés d'Irlande; de M. Vlacovitch, professeur d'anatomie à l'Université de Padoue; de M. Wousakis, professeur de physiologie à l'Université d'Athènes.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 Février 1899.

Les acalmies traitées de l'appendicite. — M. Dieulafoy. (Voir même numéro, page 61.)

Le traitement chirurgical de l'appendicite. — M. Reclus. La conclusion des communications de M. Dieulafoy sur l'appendicite est la suivante: lorsque le diagnostic d'appendicite est établi, opérer toujours et le plus rapidement possible.

Celle de M. Chauvel est tout opposée: opérer le moins possible; s'abstenir dans l'appendicite avec péritonite généralisée; n'intervenir que tardivement « à froid ». Il me semble que la formule de M. Dieulafoy est encore la plus sage.

Car le traitement chirurgical est le seul capable d'amener une guérison vraie. Qu'est-ce en effet que les médecins entendent par guérison de l'appendicite? Ils ont pu guérir la crise actuelle, mais ils laissent le malade sous la menace d'une crise nouvelle qui surviendra plus ou moins tardivement et presque à coup sûr.

Ainsi, nous voyons que beaucoup de malades de M. Chauvel, traités médicalement, en étaient à leur deuxième ou troisième crise.

D'ailleurs, les crises ultérieures peuvent être les plus graves.

J'ai vu un malade qui, après avoir guéri de seize crises d'appendicite traitées médicalement, allait, sans la chirurgie, mourir de sa dix-septième crise.

On dit que la guérison est certaine quand il n'y a pas eu d'accidents depuis plusieurs années.

Il y a pourtant l'observation d'une femme morte à un âge avancé d'une deuxième crise d'appendicite, la première crise étant survenue quelque trente ans auparavant.

En résumé, il est impossible de savoir si l'appendicite est complètement guérie ou s'il ne reste point de fausses membranes et des foyers purulents enkystés.

Il y a une forme particulière de péritonite généralisée signalée par M. Jalgulier, dans laquelle le chirurgien se trouve toujours embarrassé.

Quand, après une période bruyante de péritonite fébrile, la fièvre est tombée, le malade ne souffre plus et se sent bien, il vaut mieux s'abstenir momentanément et n'opérer qu'après la disparition complète de la crise aiguë.

M. Chauvel dit qu'on doit s'abstenir dans les appendicites légères. Or, je ne connais pas d'appendicite légère: toute appendicite, bénigne en apparence, peut se terminer par les accidents les plus graves.

Dès que le diagnostic d'appendicite est posé, il faut donc opérer.

Mais doit-on intervenir le plus tôt possible?

La majorité des chirurgiens français et étrangers sont d'avis d'attendre la fin de la période aiguë, afin d'opérer à froid. Ils basent leur opinion sur les considérations suivantes:

— Lorsqu'on opère à chaud, on peut tomber sur un cæcum ramolli, qu'il est facile de déchirer. De plus, on ne trouve pas facilement l'appendice caché sous les néo-membranes, et on peut, au cours de l'opération, inoculer la cavité péritonéale. Enfin, on est, à cette période aiguë, forcé de drainer le foyer péri-cæcal, et on laisse ainsi, après l'opération, un point faible au niveau

de la paroi abdominale, qui pourra devenir dans la suite le point de départ d'une éventration.

Ces arguments sont importants, mais ne sont pas absolus. Il est assez facile d'éviter la déchirure du cæcum et l'inoculation du péritoine. Il est difficile, dans certains cas, de trouver l'appendice; mais dans ces cas même, l'appendice est souvent détruit par l'inflammation et les fistules consécutives sont rares.

Enfin, l'éventration peut être assez facilement évitée, si l'on fait porter l'incision très près de l'arcade de Fallope.

Je crois qu'il est presque cruel d'opérer à froid un sujet qui se croit absolument guéri; d'ailleurs beaucoup s'y refusent et s'exposent ainsi à des accidents graves ultérieurs.

Comme il est impossible de prévoir l'évolution d'une appendicite, et que le malade non opéré reste toujours exposé à des crises nouvelles, il ne faut pratiquer l'abstention que dans les cas où le malade peut être surveillé de très près.

En résumé, opérons toujours quand le diagnostic d'appendicite a été posé d'une façon précise. Opérons le plus vite possible, sauf dans certains cas, où la maladie marche franchement vers la guérison, et où le malade peut être très attentivement surveillé et très rapidement opéré en cas d'accident.

L'alcoolisme des femmes normandes. — M. Brunon fait une communication sur l'alcoolisme en Normandie, dans laquelle il montre la fréquence excessive de cette intoxication chez les femmes normandes, et particulièrement chez les nourrices de ce pays, et le danger social qui en résulte.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

4 Février 1899.

Du titre des solutions salines employées en injections. — MM. Vaquez et Bousquet. Les recherches déjà anciennes de M. Malassez ont montré que les solutions de NaCl à 10 pour 1000 sont celles qui altèrent le moins les hématies. Les études plus récentes de Hamburger, de Dresser ont abouti à des résultats à peu près analogues. Pour le dernier de ces auteurs, la solution de NaCl à 9,3 pour 1000 peut-être considérée comme véritablement isotonique au sérum normal. Tous deux en effet ont un point de congélation voisin de — 0,56. S'appuyant sur ces recherches, M. Winter a pu dire avec raison que les injections intra-vasculaires devaient toujours être pratiquées suivant le principe de l'équivalence des solutions avec le sérum. Si la solution habituellement employée et dite physiologique, à 7,5 pour 1000, correspond au chiffre de NaCl du sérum, elle n'est pas équivalente avec le sérum et ne saurait être recommandée.

Dans les états physiologiques, la différence n'est pas assez considérable pour qu'il en puisse résulter des accidents, mais dans certaines conditions pathologiques, l'écart peut-être beaucoup plus marqué. Koranyi, chez des urémiques, a constaté que le sérum pouvait abaisser son point de congélation à — 1,04, ce qui correspondrait à 17,3 pour 1000 de NaCl; nous mêmes avons trouvé des chiffres de — 0,71, correspondant à 11,2 pour 1000 de NaCl; si l'on ne tient compte que des matières minérales contenues dans le sérum, l'équivalence en chlorure de sodium, bien que moins élevée, serait en tout cas bien au-dessus du chiffre de 7,5 pour 1000 dit physiologique.

Or, si l'on considère que les malades chez lesquels on pratique habituellement les injections intra-veineuses (brightiques, éclamptiques, diabétiques) sont justement ceux chez lesquels les chiffres les plus élevés ont été constatés, on voit le danger qu'il peut y avoir à se servir de solutions salines à concentration d'un tiers ou de moitié inférieure à celle qu'exigerait la tension osmotique du sérum de ces malades.

En attendant que l'on puisse être renseigné d'une façon pratique sur le degré de concentration satisfaisant à chaque cas particulier, on devra donc, dans les cas pathologiques, pratiquer seulement des injections sous-cutanées qui ne sont pas passibles des mêmes reproches ou se servir du sérum à 10 pour 1000 (formule de M. Malassez). Celui-ci, un peu supérieur à l'isotonie moyenne du sérum normal, présente dans les états pathologiques moins d'inconvénients que le sérum dit physiologique à 7,5 pour 1000.

Culture du bacille tuberculeux sur le sang emprisonné dans la gélose glycérinée. — MM. F. Bezançon et V. Griffon. Préoccupés de fournir aux microbes pathogènes, comme terrain de culture, des milieux qui se rapprochent d'aussi près que possible de ceux qu'ils trouvent dans l'organisme des êtres vivants, nous avons tenté de cultiver le bacille de la tuberculose sur le sang même, non modifié, des animaux de laboratoire.

Pour obtenir, en partant d'un produit tuberculeux, une culture positive de bacilles, il faut ensemencer largement ce produit à la surface d'un milieu solide. Le procédé qui consiste à solidifier le sang en le roumant à l'action d'une température élevée étant susceptible d'altérer la composition de ce milieu naturel, nous proposons la technique suivante:

Dans des tubes contenant de la gélose, fondue dans une certaine quantité de bouillon et maintenue liquide au bain-marie, on reçoit aseptiquement le sang au sortir de l'artère de l'animal; on fait le mélange en évitant de secouer le tube; on le pose sur un plan incliné; en le refroidissant, la masse de gélose emprisonne le sang dont on la additionne. On a ainsi un terrain de culture où, grâce au substratum de gélose qu'on lui a fourni, le sang constitue, sans être modifié, un milieu solide utilisable.

Pour que le milieu ait plus de consistance, la gélose est ajoutée au bouillon dans la proportion de 2 pour 100; on l'additionne, d'autre part, de 6 pour 100 de glycérine.

A la surface de ce milieu, le bacille de la tuberculose pousse avec abondance et d'une façon très précoce, soit qu'il ait été repiqué d'une autre culture, soit qu'il provienne directement des produits tuberculeux prélevés chez le cobaye. Ce milieu mérite donc de prendre place à côté de la pomme de terre glycérinée (procédé de Nocard) qui est actuellement le meilleur milieu que nous possédons pour le bacille tuberculeux, surtout si l'on a soin, comme nous le pratiquons, de figer la pomme de terre dans la gélose glycérinée, au lieu de se contenter d'ajouter la glycérine à l'eau qui humecte la pomme de terre.

Les leucocytes dans la chlorose. — MM. A. Gilbert et E. Weil. Nous avons étudié les leucocytes dans cinq cas de chlorose vraie et un cas de chloro-anémie tuberculeuse. Nous avons toujours trouvé des modifications pathologiques plus ou moins marquées de ces éléments.

Les numérations faites à jeun ont montré 3658, 4700, 6510, 7905, 9920, 9455; dans 2 cas, il y avait donc une légère leucocytose qui portait sur les polynucléaires, et dans 2 cas, de la leucopénie. Dans les 2 cas de leucopénie, les mononucléaires étaient augmentés de proportion (55 et 50 pour 100). Les éosinophiles, dans un cas, étaient plus nombreux, dans un cas, plus rares que normalement.

L'examen des préparations colorées montra des altérations des leucocytes; il y avait assez fréquemment une surcharge du protoplasma des mononucléaires et des polynucléaires en hémoglobine. Mais, tandis que les premiers n'étaient pas modifiés, les seconds présentaient des noyaux anormaux dans leur aspect et leur élection colorante. Les formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires, exceptionnelles dans le sang normal, se rencontraient. Mais ce sont les éosinophiles qui présentent les modifications les plus constantes et faciles à constater; noyaux anormaux, irréguliers, analogues à celui des polynucléaires, granulations de volume inégal et inégalement réparties. Enfin, on peut trouver, en nombre parfois notable, des formes anormales dans le sang et qui n'existent habituellement que dans la moelle osseuse.

Les leucocytes sont donc altérés dans la chlorose comme le sont les autres éléments du sang. Il est probable qu'il en est de même dans les autres anémies; les altérations de leucocytes ont d'ailleurs été bien vues par M. Hayem dans l'anémie pernicieuse progressive.

Lésions sanguines dans les érythèmes. — M. Leredde. Les lésions sanguines que j'ai décrites dans le dermatose de Duhring, le pemphigus foliacé et végétant, ont des caractères spécifiques: elles sont dominées par l'éosinophilie et s'accompagnent d'une excrétion de cellules éosinophiles à travers la peau.

Des altérations du milieu sanguin existent d'une manière constante dans les érythèmes, si j'en juge par leur existence chez huit malades que j'ai étudiés depuis peu de temps, et qui étaient atteints d'érythèmes de causes diverses.

Plusieurs de ces malades offraient une leucocytose légère, une diminution des hématies et de l'hémoglobine. Chez presque tous j'ai observé des modifications dans le rapport physiologique des formes leucocytaires, chez tous la présence de leucocytes anormaux, quelquefois la présence d'éléments basophiles de la moelle osseuse.

Les altérations morphologiques du sang témoignent de l'existence d'intoxications qui agissent directement, je crois, sur les cellules endothéliales des capillaires cutanés et provoquent ainsi les lésions de la peau. L'intervention du système nerveux dans celle-ci n'est qu'une hypothèse inutile.

Goitre exophtalmique à prédominance exophtalmique. — M. Abadie. Dans certaines formes de Basedow, le symptôme exophtalmique acquiert une prépondérance exceptionnelle. J'ai toujours vu, dans ces cas, survenir des troubles trophiques de la cornée, et la cécité se produire rapidement par sphacèle et fonte purulente de l'œil. Cependant, chez une malade atteinte de cette forme spéciale de maladie de Basedow, j'ai pu obtenir une guérison, qui s'est maintenue depuis près de deux ans, par la résection d'une partie du sympathique cervical, entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen. Consécutivement à l'opération il n'y eut ni atrophie pupillaire, ni modifications des réflexes pupillaires.

M. Dastre. Y avait-il chez cette malade des troubles vaso-moteurs au niveau de la face, permettant d'invoquer la théorie pathogénique de la vaso-dilatation?

M. Abadie. Les troubles vaso-moteurs étaient peu marqués. L'exophtalmie doit sans doute être attachée à l'excitation constante du muscle de Müller, mais, en

tous cas la théorie de la vaso-dilatation a une base plus solide que la théorie thyroïdienne.

M. Dastre. Je crois que la théorie de la vaso-dilatation est en effet préférable à toutes les autres; j'ajoute que ce n'est pas le sympathique cervical, mais le sympathique thoracique qui agit dans la production de la triade symptomatique du goitre exophtalmique.

Sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère. — M. Phisalix. Dans un récent mémoire M. Lewin confirme mes expériences antérieures sur la résistance du hérisson au venin de vipère, résistance qui, d'après mes résultats, est environ quatre fois plus grande que celle du cobaye. Quant à la cause de cette immunité, il l'attribue à l'état réfractaire des tissus plutôt qu'à une propriété immunisante des humeurs. Pour rechercher celle-ci, il injecte du sérum de hérisson normal à des cobayes, et les éprouve ensuite en les faisant mordre par des vipères. Dans ces conditions, il n'est pas douteux que les animaux devaient succomber, parce que la quantité de sérum peut être disproportionnée au pouvoir immunisant, et parce que, en dehors du venin, les animaux reçoivent déjà avec le sérum une substance toxique. Pour mettre les substances immunisantes en évidence, il faut détruire les substances toxiques par un chauffage préalable à 58°.

Extrait capsulaire de l'homme sain. — MM. Guinand et Martin (de Lyon). Nous avons pu, chez un supplicé, et aussitôt après la mort, préparer un extrait des capsules surrénales. Les inoculations de ce suc capsulaire chez les animaux ont produit les effets toxiques habituels. Les mêmes résultats positifs ont été obtenus pour des extraits préparés avec des capsules surrénales humaines, retirées vingt-quatre heures après la mort.

Action des extraits capsulaires de la période fœtale. — M. Langlois. J'ai cherché si la capsule surrénale renfermait déjà durant la période fœtale un principe actif. Chez de tout jeunes fœtus de mouton, il m'a été aisé de conclure par l'affirmative. Ces organes capsulaires entrent donc en fonction durant la vie intra-utérine.

Infection streptococcique chez le nouveau-né. — MM. de Grandmaison et Cartier. Nous avons pu, chez un enfant succombant quelques jours après sa naissance à une pleurésie purulente, déceler du streptococcus à l'état de pureté dans le poumon et le foie. Mais l'intérêt de cette observation est dans ce fait, que l'enfant parait avoir été infecté avant sa naissance, dans l'utérus maternel, alors que la mère ne présentait encore aucun symptôme de l'infection. La fièvre puerpérale ne se déclara chez elle que quelques jours après l'accouchement.

Variations de la température chez les agités maniaques. — MM. Toulouse et Marchand. L'agitation est-elle la cause de l'élévation thermique, ou cette dernière est-elle la condition de l'excitation? Il est probable que ces deux phénomènes s'influencent réciproquement, mais il est difficile de subordonner une de ces variations à l'autre. La définition tendant à faire de la folie une maladie mentale sans fièvre n'est qu'une formule schématique.

Conducteurs des mouvements croisés. — MM. Wertheimer et Lépage envoient le résultat de leurs recherches poursuivies chez le chien, sur la section de toute une moitié du bulbe, et sur l'excitation du gyrus sigmoïde correspondant.

Destruction du labyrinthe chez les couleuvres. — M. V. Henri montre des couleuvres chez lesquelles il a pratiqué la destruction du labyrinthe d'un seul côté. Les animaux ainsi opérés présentent un mouvement de rotation sur eux-mêmes, s'exécutant toujours dans le sens de la lésion.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Février 1899 (fin).

Cirrhose alcoolique; rupture de varices gastriques. — M. Marmasse montre le foie et l'estomac d'un malade alcoolique, qui succomba à la suite de plusieurs hématomésés.

A l'autopsie, l'estomac contenait 200 grammes de sang; au niveau de la petite courbure, les veines étaient variqueuses et l'une d'elles, s'étant rompue, avait causé la gastrohémie.

Le foie était très cirrhotique; la portion inférieure de l'œsophage présentait également des varices, lesquelles s'étaient affaissées après la saignée qui s'était faite au niveau de l'estomac.

Hernie de l'appendice dans le canal inguinal. — M. Audistère présente un appendice très long engagé dans le canal inguinal à la faveur d'une persistance du conduit péritonéo-vaginal. L'appendice n'a pas de méso; il adhère, par son extrémité, au sac herniaire; entre le sac et la tunique vaginale du testicule, il y a un kyste du cordon.

Note complémentaire sur un cas d'oblitération de la coronaire. — M. Castaigne a pratiqué des coupes de l'artère coronaire trouvée oblitérée à l'autopsie d'un cas de maladie urétrale terminée par mort subite. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une embolie ou d'une thrombose. MM. Letulle et Marie se prononcèrent pour la thrombose. L'examen microscopique,

montrant l'artère altérée sur une certaine étendue, leur donna aujourd'hui raison.

Anévrisme du cœur; infarctus viscéraux multiples, infarctus du foie. — M. Castaigne montre un cœur où l'on constate un anévrisme de la pointe du ventricule gauche, d'où sont partis des fragments emboliques qui ont déterminé dans la rate de nombreux infarctus.

Le poumon est également farci de masses semblables à des truffes; mais ce qui est ici particulier, c'est la formation dans le foie de lésions hémorragiques ayant la topographie et l'aspect d'infarctus et la coloration exacte de noyaux pulmonaires. Ces infarctus hépatiques semblent dépendre d'une oblitération de branches de la veine porte bien plus que d'embolies entrées dans les rameaux de l'artère hépatique.

Absence totale du sterno-cléido-mastoïdien et du peucier. — M. Faisnel présente une pièce anatomique provenant d'un sujet chez lequel le sterno-mastoïdien était atrophié d'un côté et manquait totalement de l'autre. Il en était de même du peucier.

Phlegmon périnéphrétique ayant pris naissance au niveau d'une lésion caséuse du rein. — MM. Nicaise et Pascal apportent le rein d'un jeune homme, ancien coxalgique, chez lequel une incision lombaire a amené l'évacuation d'un litre de pus en apparence froid.

La source de cette suppuration est un abcès gros comme une mandarine, qui occupe le tiers inférieur du rein droit, le gauche demeurant absolument sain.

Ramollissement de la 3^e circonvolution frontale gauche par artérite syphilitique oblitérante. — M. Vouzelle apporte le cerveau d'un ancien syphilitique; la substance grise, au niveau de la 3^e circonvolution frontale gauche, est entièrement transformée en bouillie; cette lésion est probablement de nature syphilitique, si l'on tient compte des antécédents du malade et d'une petite tumeur dure, avoisinant la région ramolli, et semblant être une gomme.

Le diagnostic anatomique est d'autant plus délicat qu'il y a en même temps un rétrécissement mitral avec, au-dessus, un véritable anévrisme de l'oreille gauche, et qu'un embolus a pu fort bien partir de ce côté.

V. GIFFROY.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la gale en ville.

Quand la gale est récente, peu étendue, quand les malades ne veulent pas aller à l'hôpital pour subir le traitement dit de Saint-Louis, on peut, avec M. Gauthier, conseiller des pommades moins irritantes. Les deux plus connues sont celles de Bourguignon et de Fournier, toutes deux à base de soufre.

La pommade de Bourguignon se compose de :

Essence de lavande	} à 2 grammes.
— cannelle	
— girofle	
— menthe	
Gomme adragante	4 —
Carbonate de potasse	30 —
Fleur de soufre	90 —
Glycérine	180 —

Voici la formule de M. Fournier :

Glycérine	200 grammes.
Gomme adragante	1 —
Soufre	100 —
Carbonate de soude	50 —
Essences multiples au goût du malade.	

On suit la technique suivante :

Friction vigoureuse au savon ordinaire ou de toilette et bain chaud d'une heure dans lequel le malade se frotte encore. Au sortir du bain, et après s'être essuyé, le malade se frictionne énergiquement avec une des pommades ci-dessus; puis, le lendemain, il prend un nouveau bain. Les linges et les vêtements sont passés à l'étauve; à la campagne, les fours pourront être utilisés en guise d'étauve.

La gale une fois guérie, et les vêtements débarrassés des acares, il faut encore calmer l'irritation qu'a subie, par suite du traitement, cette peau déjà si éprouvée. Ici se place l'indication des bains d'amidon, des onctions à la vaseline; s'il y a du prurit, recourir en outre à la médication interne, aux antispasmodiques, à l'extrait de valériane de préférence, sans négliger les bains tièdes prolongés, les lotions chloralées chaudes, l'usage de la pommade mentholée à 1 pour 100.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs ; Augmentation de l'Appétit ; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal ; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;
2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU
Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1^{re} classe
ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

LANOLINE LIEBREICH
Seule Graisse { Se combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.
SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1888 et 1889.
Vin de Peptone Catillon
30 gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 3 à 4 cuill. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût, on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids la viande de bœuf.

GRANULÉE
1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.

DRAGÉES
1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.

ÉLIXIR
On croit boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue, Le grand flacon 5 fr.

SIROP
1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.



La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Délicieuse au goût

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux — Médaille d'Or des Travaux chimiques

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES
DILATATION DES BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol
absolu
Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

ANÉMIE, CHLOROSE, NEURASTHÉNIE,
LYMPHATISME, TUBERCULOSES, CACHEXIES,
MALADIES OSSEUSES, RACHITISME,
SCROFULES, ALBUMINURIE, PHOSPHATURIE,
NÉVRALGIES

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison
granulée
nouvelle

d'Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux
RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR des GLOBULES SANGUINS
NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

PARIS — 43, Rue de Saintonge, 43, et toutes Pharmacies.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital LASÈGUE, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

ASYSTOLIE D'ORIGINE PLEURÉTIQUE, par M. PIERRE MERKLEN. 69

MÉDECINE PRATIQUE

Contre-indications momentanées de la vaccination, par M. SAINT-YVES-MÉNARD 71

ANALYSES

Médecine expérimentale : Contribution à l'étude des auto-intoxications au moyen des injections sous-arachnoïdiennes, par MM. ENRICO REALE et GIOVANNI BOARI, 71

Chirurgie : La carie de l'articulation sacro-iliaque et son traitement, par M. O. WOLFF. 71

Obstétrique et gynécologie : Traitement des vomissements de la grossesse, par M. F. HERMANN. — Traitement chirurgical de la retroflexion de l'utérus, par M. E. GRASSTEDT. 72

Maladies des enfants : Un cas d'encéphalocèle occipitale opérée, par M. J. REBOUL. 72

Ophthalmologie : Sur les concrétions de la conjonctive, par M. E. FUCHS. 72

Maladies des voies urinaires : Un cas d'incontinence d'urine guéri par colportographies antérieure et postérieure, par M. A. LATHORN SMITH. 72

Dermatologie et syphiligraphie : Dystrophie papillaire et pigmentaire, par M. G. HUGEL. 72

Le banquet offert au professeur Dieulafoy, par M. E. DE LAVARENNE 54

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Histologie de la peau. Sur quelques réactions histo-chimiques de l'épiderme, M. L. RANVIER. 55

Société de chirurgie : Traitement de l'appendicite, M. WALTHER, MM. KIRISSON, JALAGUIER. — Pylorectomie, M. RICARD. — Traitement de l'appendicite, M. TOFFIER, MM. BRUN, CHAPUT. — Antéopie d'une résection du cœde faite en 1870, M. OLLIER. — Opération pour ulcère de l'estomac, M. ROUTHIER. — Prolapsus rectal, M. DELORME. — Laparotomie pour contusion du foie, M. HARTMANN. — Epiploite consécutive à une cure radicale de hernie, M. MONOD. — Kyste hydatique de l'utérus, M. LE DENTU. — Appendicite compliquée d'ileus, M. LEZARS. 55

Société médicale des hôpitaux : Polyurie et hystérie, M. MATHIEU, MM. GILLES DE LA TOURRETTE, HAYEM. — Traitement du rhumatisme par le salicylate de méthyle, MM. LINSOUIER et LANSOIS. — Lépre ou syngomye, M. RENAULT, MM. GILLES DE LA TOURRETTE, RAYMOND, ANTONY. — Angine pseudo-membraneuse à streptocoques; paralysie du voile du palais, M. CARBONÉ. — Fièvre typhoïde, hématurie, rechute, guérison, M. J. GALLIARD. 57

Société anatomique : Sarcome du corps ovaire, M. VALUDE. — Perforation tuberculeuse de la sclérotique, M. VALUDE, MM. CORNIL, VALUDE, GRIPPON. — Kyste hydatique de la parotide, M. MORESTIN. — Pièces de résection du coude pour arthrite sèche, M. MORESTIN, M. CORNIL. — Corps étrangers de la tunique vaginale, M. PÉREIRE. — Icère grave, délire hépatique, lithase biliaire, MM. CASTIS et DINE. — Sarcome des ganglions,

du tissu cellulaire rétro-péritonéal, de l'estomac et de l'intestin; perforations intestinales, MM. MILLAN et RIBIÈRE. — Fracture du col du fémur sans tendance à la consolidation, M. BARBARIN. — Anomalies musculaires de la région du genou, M. BARBARIN. — Kystes hydatiques multiples, M. BARBARIN. — Abcès aréolaire du foie d'origine sus-hépatique chez un lapin, MM. CH. LÉVI et JOSUÉ. — Hernie extra-péritonéale de l'appendice, MM. DEJARIER et CASTAIGNE. 67

Société de thérapeutique : Considérations chimiques et toxicologiques sur le borazole de mercure, MM. BRETOSSEAU et DESSESQUELLE. — Du traitement de la constipation, M. MATHIEU, M. LE GENDRE. — Du traitement bicarbonate de la maladie migraineuse, M. GALOIS. — Stérilisation des solutions de cocaïne, M. LEGRAND. 57

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Action thérapeutique des rayons X, M. DABIER, MM. BROCO, DABIER. — Herpès catambial. Erythème polymorphe récidivant, Lésions sanguines, M. LEBREDE. — Tuberculides acroïformes, acutis, Folliculites, MM. BALZER et MONSIEUX, MM. GASTOU, DABIER, BALZER, DUROIS-HAVENSTH, BARTHELEMY, LEBREDE, GASTOU, BALZER, DU CASTEL, LEBREDE, BROCO, DABIER, BROCO, GASTOU, FOURNIER, DU CASTEL, BROCO. — Traitement de l'épithélioma par la méthode Gery-Trunbeck, M. HERMET, MM. BROCO, DUROIS-HAVENSTH, BROCO, DANLOS, BROCO, BARTHELEMY, MOY, DANLOS, RENAUT, HERMET, BERNIER. — Lésion mixte de la langue : épithéliome et syphilis, M. GASTOU, M. FOURNIER. — Sur un cas de molluscum contagiosum confondu, M. HALLOPEAU. — Sur une dystrodermie praprosopitica, MM. HALLOPEAU et TESTIVINT. — Frigo gestationis, M. GASTOU. 58

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — **Société de médecine interne de Berlin** : Névrose traumatique, M. SCHUSTER. — Valeur clinique de la diazo-réaction, M. MICHAELIS, MM. EHLBICH, BAGINSKY. 59

AUTRICHE-HONGRIE. — **Société des médecins de Vienne** : Nephropexie pour rein mobile, M. TOKOR. — Ulcération tuberculeuse du péricard, M. NEUMANN. — Spina bilida, M. HALBAN. — Exanthème iodique de la muqueuse de l'estomac, M. NEUMANN. 59

BELGIQUE. — **Société médico-chirurgicale de Brabant** : Les rétrécissements de l'œsophage et du cardia, M. LAMBOTTE. 59

ILES BRITANNIQUES. — **Société clinique de Londres** : Trois cas de laparotomie, M. HUTCHINSON. 59

RUSSIE. — **Société de pédiatrie de Moscou** : Traitement de la pleurésie parvulente chez les enfants, d'après le procédé de Lovachoff, M. A. KESSEL. — Pyopneumothorax; kyste hydatique combiné à l'actinomyose, MM. GOLD et VERMEH. 60

PRATIQUE MÉDICALE

La diionine 60

BIBLIOGRAPHIE

La cause de la tuberculose d'après M. R. Koch et sa méthode curative, par M. H.-W. MIDDENDORP. 60

Bibliographie. 60

CARABANA Purgation par régime. Congestion, Constipation.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

BORICINE MEISSONNIER
 Antiseptique de la peau et des muqueuses.

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE, par AL. LOURIS, professeur à l'Université de Vienne. Traduit de l'allemand par J. Cottet, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° carré, de 360 pages, avec 54 figures. Prix : 8 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

Voir les Nouvelles à la dernière page.

LE BANQUET

OFFERT AU PROFESSEUR DIEULAFOY

Jeudi soir, les élèves et amis du professeur Dieulafoy se réunissaient en un banquet pour fêter sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur. Près de 200 convives avaient répondu à l'appel des organisateurs.

La présidence du banquet avait été attribuée au digne maître de M. Dieulafoy, le professeur Potain, assisté de M. Brouardel, doyen de la Faculté, et de M. Napias, directeur général de l'Assistance publique. Autour d'eux s'étaient groupés : les professeurs Duplay, Proust, Berger, Joffroy, Debove, Landouzy, Raymond, Hutinel, Chantemesse, etc.; les agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, Troisier, Bouilly, Richelot, Pozzi, Brissaud, Reclus, Gilbert, Roger, Segond, Ménétrier, Netter, G. Marchant, Bazy, Ottinger, Routier, Faisans, Mathieu, Achard, Giraudeau, etc., le professeur Patron (de Merida), auquel étaient venus se joindre plusieurs médecins étrangers de passage à Paris; nombre de médecins praticiens, d'internes des hôpitaux et de représentants de la Presse scientifique, tous réunis dans le but de manifester leur sympathie au brillant professeur de la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Dans un toast ému, exprimant autant l'affection que l'admiration, le professeur Potain a retracé à grands traits la vie scientifique et médicale de son élève, le prenant à ses débuts, déjà connu de tous par l'invention de sa méthode d'aspiration; le suivant à travers les étapes de sa carrière médicale; nous le montrant toujours dévoué, toujours actif, se donnant tout entier à l'enseignement de la Faculté et à son service hospitalier, pour arriver enfin à cette chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, dans laquelle il a su se montrer d'emblée comme le digne continuateur du grand Trousseau.

Puis M. Napias, effaçant son rôle d'administrateur devant sa mission de charité, s'est fait l'interprète des malades des hôpitaux, remerciant M. Dieulafoy du dévouement dont il n'a jamais cessé de faire preuve à leur égard, depuis son entrée comme externe dans les services hospitaliers.

M. Charrier, en termes excellents, a ensuite, au nom des internes et anciens internes, remercié le Maître de l'intérêt soutenu qu'il porte à ses élèves,

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Retablit les forces Soulage l'estomac même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Foyes et Puits.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 12, 11 FÉVRIER 1899.

les suivant pas à pas dans leur carrière, toujours prêt à les aider discrètement de ses conseils et de son puissant appui.

Enfin, le professeur Landouzy, le plus ancien des élèves de M. Dieulafoy, a clos la série des toasts. Après avoir évoqué les souvenirs du passé, remontant déjà à 1869, les souvenirs de l'époque où M. Dieulafoy faisait aux étudiants des cours libres dans un vieil amphithéâtre aujourd'hui détruit par la percée du boulevard Saint-Germain; après avoir montré de quelles qualités maitresses faisait déjà preuve le futur professeur, il a, en termes empreints d'une exquise délicatesse et d'une haute poésie, proposé d'associer M^{mes} Dieulafoy aux honneurs rendus au fils et à l'épouse; présentant les hommages et les vœux de tous les assistants: à la mère, qui a le bonheur de jouir sur ses vieux ans de la gloire de ses fils, l'un, explorateur universellement célèbre, membre de l'Institut de France, l'autre, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté; à l'épouse, qui voit dans les honneurs décernés à son mari la récompense de la vie de dévouement qu'elle lui a consacrée.

C'est profondément ému que le professeur Dieulafoy, avec cette parole chaleureuse qui lui appartient, a remercié son vénéré maître, le professeur Potain, des termes bienveillants et affectueux en lesquels il avait retracé sa carrière médicale. Puis, ayant prié M. le Directeur général de transmettre aux malades l'expression de son dévouement; ayant dit à ses élèves combien il leur était attaché, et exprimé au professeur Landouzy combien il était touché des sentiments manifestés à l'égard des personnes qui lui sont le plus chères au monde; dans un élan d'éloquence élevée, il a montré combien était faux et peu justifié ce terme de « medicorum invidia », qui masque aux yeux de tous ce qu'il y a de fier et de fierement bon, ce qu'il y a d'esprit de solidarité dans cette corporation médicale si souvent et si injustement décriée, alors que, faisant profession de charité et de dévouement, plus que toute autre peut-être, elle a toujours su inspirer sa conduite des grandes idées de tolérance et de justice.

E. DE LAVARENNE.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

23 Janvier 1899.

Histologie de la peau. Sur quelques réactions histo-chimiques de l'épithélie. — M. L. Ranvier. L'épithélie se montre au sein des cellules du *stratum granulosum*, sous la forme de granulations. Ces granulations se colorent vivement par le carmin, l'hématoxyline et la thionine. L'eau de chaux ne les dissout pas et les rend plus apparentes en gonflant le protoplasma cellulaire. Ces réactions permettent de constater que les cellules épidermiques, en passant du *stratum granulosum* dans le *stratum intermedium*, perdent tout d'un coup leur épithélie granuleuse. A sa place se trouve une substance homogène, qui se colore plus fortement encore par le carmin.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1^{er} Février 1899 (suite et fin).

Traitement de l'appendicite. — M. Walther. Nous sommes tous d'accord pour ne pas accepter la formule de M. Poirier, qui nous paraît trop absolue. L'accord me paraît également complet, pour les cas de septicémie et pour les cas légers décrits sous le nom de colique appendiculaire: opérer toujours les premiers, traiter médicalement les seconds, telle est la ligne de conduite.

Les faits de péritonite enkystée supprimée ne prêtent pas à discussion: il faut ouvrir les abcès.

Toute la discussion porte sur les formes de l'appendicite dans lesquelles nous ne trouvons pas encore les signes d'une péritonite généralisée. Cette question demande, pour être jugée, la comparaison des statistiques:

Voici pourquoi je vous fais connaître la mienne. En Décembre 1896, je vous ai déjà donné ma statistique. Alors, j'opérais dans tous les cas, dès que le malade était soumis à mon observation: sur 47 cas, j'avais eu 16 guérisons.

Maintenant, j'ai évolué, et je n'interviens d'urgence que dans les cas très graves de péritonite kystique.

En 1898, j'ai observé 27 appendicites: 23 résections

à froid, 23 guérisons; 2 ouvertures de foyers enkystés, 2 guérisons; 2 péritonites généralisées, 1 mort.

Je ne suis intervenu que deux fois d'urgence. Dans le premier cas, le malade succomba, les lésions étant généralisées. Dans le second, où les lésions étaient également généralisées, j'eus un succès.

Sur les 25 autres cas, en exceptant les opérations à froid, après des crises que je n'avais pas observées, j'ai 11 cas où j'ai pu suivre toute l'évolution des accidents.

Dans presque tous les cas, après le traitement médical ordinaire, j'ai vu les accidents se calmer au bout de quelques semaines; 2 fois seulement, j'ai ouvert un abcès qui s'était rapidement formé.

Dans tous les autres cas, j'ai opéré à froid dans les meilleures conditions.

En résumé, mes résultats par intervention rapide et par intervention lente sont les mêmes. Ce qui me fait préférer l'expectation, c'est qu'on opère dans de meilleures conditions et que l'extirpation de l'appendice me paraît plus importante qu'on ne le dit.

Sur des malades opérés par moi depuis 1890, j'ai vu 5 fois des poussées nouvelles d'appendicite. Chez 3 autres malades, que j'ai opérés en 1898, un abcès s'était ouvert auparavant dans l'intestin, ce qui revient au même.

Dans 12 cas, j'ai vu des récidives survenir après la non-extirpation de l'appendice, et les poussées ont pu être très graves.

En conclusion, je préfère le traitement médical de la poussée aiguë d'appendicite, parce que l'opération à froid permet mieux de faire la cure radicale de l'appendicite par l'extirpation de l'appendice. Il est bien entendu que, dans le traitement médical, il faut une surveillance rigoureuse, sans quoi l'opération d'urgence serait encore à préférer.

M. Kirmisson. Me plaçant au simple point de vue du traitement de l'appendicite aiguë, je pense qu'on ne peut poser de règle absolue. Quand les phénomènes inflammatoires se calment, je n'interviens pas. S'il se forme une collection suppurée, il n'y a aucune raison pour ne pas intervenir. Quand il y a évolution septique grave, il faut également opérer.

A l'appui de cette manière de voir, je vais vous donner la statistique de mon service à Trouseau en 1898.

Sur 26 cas d'appendicite aiguë opérée, 13 fois les phénomènes étaient localisés, circonscrits. Dans 1 de ces 13 cas, l'enfant est mort d'hémorragie au bout de huitième jour; tous les autres ont guéri.

12 enfants sont entrés avec des péritonites généralisées; j'en ai opérés 4, et les 8 autres ont été opérés par d'autres chirurgiens. Tous sont morts.

J'en conclus que l'appendicite aiguë est une maladie chirurgicale pour laquelle il ne convient pas d'attendre; c'est un tort de laisser évoluer l'affection sans l'observation rigoureuse du chirurgien.

M. Jalaguier. Le débat actuel montre qu'une seule formule ne saurait résumer toute la thérapeutique de l'appendicite.

Tout au début, quelques heures après l'explosion des accidents, l'excision de l'appendice serait une opération rationnelle et ne comporterait que peu de dangers.

Quand l'affection évolue depuis deux ou trois jours, je pense que l'intervention urgente doit céder le pas au traitement médical: diète absolue, opium, glace, abstention des purgatifs, des lavements. J'y joins des injections de sérum artificiel, qui donnent d'excellents résultats.

La vulgarisation du traitement médical, tel que nous l'avons établi, est une des raisons pour lesquelles on voit moins de péritonites septiques diffuses. Depuis dix-huit mois, je n'ai pas opéré un seul cas de péritonite généralisée, parce que je n'en ai pas rencontré. Je reste, en effet, partisan de l'intervention dans ces cas, à moins qu'il n'y ait une dépression extrême, avec pouls filiforme. Si les phénomènes de collapsus sont très accentués, il vaut mieux s'abstenir. D'autre part, j'ai vu trois fois guérir, après des injections massives de sérum, des enfants que j'avais jugés incapables de supporter une intervention.

Il est une forme, caractérisée par la persistance et l'acuité des signes infectieux et par la disparition rapide des phénomènes locaux; dans cette forme, il faut intervenir rapidement.

Après une première crise d'appendicite, faut-il intervenir? Actuellement, je suis d'avis de ne pas attendre la première crise. Dans 3 cas, en ville, j'ai vu mourir de la deuxième crise des malades qu'on surveillait après une seconde, et dans 3 autres cas, j'ai vu survenir une seconde crise telle que la mort faillit s'ensuivre.

La répétition de petites crises appendiculaires est encore pour moi une raison pour opérer, et j'observe actuellement une enfant qui, après deux petites crises à peine marquées, est atteinte d'une troisième extrêmement grave.

Relativement au procédé opératoire de M. Poirier, qui consiste à aborder l'appendice *a posteriori*, je le considère comme un procédé d'exception et je préfère la voie antérieure.

Dans les opérations à chaud, j'ai recours, soit à l'incision de Max Schuller, soit à celle de Roux. A froid, et surtout chez les enfants, j'emploie une technique spéciale, décrite dans *La Presse Médicale* du 12 Février 1897.

Pylorectomie. — M. Ricard présente un malade qu'il a opéré avec succès de pylorectomie par le procédé de Bilroth.

8 Février 1899.

Traitement de l'appendicite. — M. Tuffier. Il faut distinguer les cas, suivant que l'on est appelé au début, dans le cours ou après la terminaison d'une crise appendiculaire.

Au début, dès que l'affection est reconnue, il faut intervenir immédiatement, sans délai, avec la même urgence que pour une hernie étranglée ou une perforation de l'intestin. Cette formule, je l'accepte après avoir vu trop souvent des victimes de la temporisation dont je pourrais développer ici un long martyrologe. D'ailleurs, pourquoi attendre? Pour opérer à froid dans quelques semaines, après l'évolution des lésions? Mais il faudrait démontrer que l'opération à chaud est plus grave que l'opération à froid. Je suis convaincu que les résultats opératoires sont égaux, et je prétends que si une différence existe, elle laissera bien loin derrière elle la mortalité effroyable due aux complications auxquelles nous soumettons volontairement nos malades. Ce n'est pas que je croie qu'on ne puisse guérir de l'appendicite. Je pense le contraire, et j'ai fait avec M. Jeanne (de Rouen), des recherches cadavériques pour noter le nombre d'appendices malades que l'on peut rencontrer chez des sujets morts d'autre chose que de l'appendicite. Sur 183 cadavres dont nous connaissons l'histoire clinique des malades, nous n'avons rencontré aucun fait de calcul de l'appendice, sauf du gros sable dans un cas. 36 présentaient des adhérences pathologiques de la région. J'ajoute que sur 7 sujets, nous avons trouvé des lésions de la muqueuse, de l'intestin grêle et du gros intestin, et qu'aucun d'eux ne présentait de lésions appendiculaires. Il est certain, et les chiffres que je donne le confirment, que les lésions appendiculaires peuvent guérir, mais il est non moins certain que les malades ont été exposés à de grosses complications.

Dans le cours de l'appendicite, ou nous sommes en présence de phénomènes bien localisés, et l'on peut attendre, ou nous nous trouvons en face d'une péritonite diffuse, et il faut opérer; pour ces derniers cas, je suis intervenu 10 fois et j'ai eu 4 guérisons.

Relativement au manuel opératoire, au début et à froid, j'incise sur le bord externe du grand droit, je résèque l'appendice et je ne draine que si l'opération a pu être septique. Je n'ai jamais eu d'éventration dans cette série de faits.

Si la lésion est suppurée, je fais l'incision de Roux. Je décolle le péritoine pour voir si la collection est sous-péritonéale ou capable d'être ouverte par cette voie. Si l'échoue, j'ouvre la séreuse et je vais à la recherche du foyer, extirpant les appendices toutes les fois que je le puis.

J'ai vu succéder des fistules purulentes, stercorales ou pyo-stercorales. Dans les 2 cas de fistules purulentes que j'ai observés, la supuration était entretenue par l'appendice largement ouvert et perforé; du côté du cæcum, il était obitéré. La guérison survint après l'extirpation de l'organe.

Les fistules stercorales peuvent se montrer après la résection même de l'appendice et s'expliquent par le mauvais état des tissus suturés. Elles guérissent vite dans ces conditions. Mais elles peuvent reconnaître comme cause la perforation secondaire du cæcum; dans un cas, j'avais constaté sur le cæcum, au cours de l'opération, une plaque grise de sphacèle qui causa la fistule. Je dus faire l'entérorraphie.

Dans un second cas, opéré d'urgence pour un foyer suppuré, il se fit un véritable anus contre nature. Je fis l'entérorraphie et mon malade fut pris d'une véritable obstruction qui ne céda qu'à la réouverture de l'anus. Un mois plus tard, je laparotomiai le malade, libérai le cæcum de ses adhérences, et trouvai un très long appendice avec un corps étranger, qui adhérait au côlon ascendant, et le coulait au-dessus de la fistule stercorale.

Ainsi s'expliquèrent les accidents d'occlusion intestinale consécutifs à l'entérorraphie. Cet appendice fut réséqué, l'entérorraphie latérale pratiquée, et mon malade guérit complètement.

Les éventrations ne sont pas rares après les suppurations prolongées, et, trois fois, je suis intervenu en pareil cas.

M. Brun. Je ne veux en aucune façon revenir sur le fond même de la discussion actuelle et je m'en tiens, au sujet du meilleur mode de traitement de l'appendicite, à l'opinion que j'ai exprimée au mois de Juillet dernier. Je désire seulement répondre quelques mots à mon collègue Routier qui, dans sa communication, m'a directement mis en cause. Comme lui, bien entendu, comme M. Potherat et comme tous mes collègues, j'estime qu'il est des cas où l'intervention doit être aussi rapide que possible, et je pourrais, à son exemple, citer plusieurs observations où une opération rapidement décidée et immédiatement exécutée m'a permis d'obtenir des guérisons inespérées. Je pense cependant que cette rapidité de l'intervention ne s'impose véritablement que dans les formes d'appendicite septique, et, contrairement à ce qui a été, à différentes reprises, affirmé par M. le professeur Dieulafoy, j'estime qu'un observateur expérimenté arrive presque toujours à reconnaître ces formes en se basant sur l'examen attentif de la température et du pouls et sur l'altération profonde du faciès contrastant souvent avec le peu d'intensité des phénomènes abdominaux. En dehors de ces cas qui, heureusement, ne sont pas fréquents, je crois fermement qu'il y a avantage à ne pas

se hâter et à appliquer tout d'abord le traitement médical par le repos absolu, la diète, l'opium à l'intérieur et la glace en applications locales. Après quelques heures de ce traitement rigoureusement appliqué, il n'est pas rare de voir les accidents les plus alarmants en apparence diminuer graduellement d'intensité, et c'est seulement lorsque après vingt-quatre ou quarante-huit heures une détente franche ne s'est pas produite que je me décide à intervenir. Si je pratique et si je recommande une pareille manière de faire, c'est que l'expérience m'a clairement démontré que la réaction péritonéale, si intense qu'elle soit, qui marque le début de l'appendicite aiguë, n'a nullement pour corollaire obligé le développement d'une péritonite généralisée. C'est en somme un sujet de l'appréciation pronostic des phénomènes péritonéaux que nous différons d'avis avec quelques-uns de mes collègues, et pour bien marquer, par exemple, la divergence qui existe entre ma manière de voir et celle de mon collègue Roulier, je ne puis mieux faire que de rapporter brièvement le fait suivant :

Au mois d'Octobre dernier, M. Roulier voyait en ville une fillette de neuf ans qui présentait tous les signes d'une appendicite aiguë : défense musculaire, douleur très vive, température élevée, pouls rapide, suppression absolue des garde-robes et des gaz ; et il concluait à la nécessité d'une intervention. Le jour même, la fillette entra dans mon service à l'hôpital des Enfants, et comme je diagnostiquai chez elle une appendicite tendant à l'enkystement, le traitement médical lui fut appliqué dans toute sa rigueur. Au bout de quarante-huit heures la détente se produisit, et, deux mois plus tard, je lui pratiquai à froid l'ablation de son appendice, qui était perforé : une boulette fécale était même libre au milieu d'adhérences intestino-épiploïques en un point où très certainement avait existé un abcès.

Ma petite malade est aujourd'hui complètement guérie avec une paroi abdominale solide et à l'abri de toute récurrence, puisque son appendice a été en entier réséqué. Je ne crois pas qu'en opérant à chaud M. Roulier fût arrivé à un meilleur résultat. Il aurait cependant trouvé un abcès et un appendice perforé et en aurait sans doute conclu que son intervention était pleinement justifiée. Une semblable conclusion ne saurait être considérée comme exacte, et ce cas, après bien d'autres, me permet d'affirmer que nombre d'appendicites et de péri-appendicites suppurées, mais enkystées sont avec le temps et un traitement approprié, susceptibles de résolution. M. Roulier dit, il est vrai, s'être mal trouvé de s'être une fois rangé à ma manière de voir et il m'invite à partager la responsabilité d'un de ses insuccès. J'accepte d'autant moins de me rendre à cette invitation que n'ayant pas vu le malade en question, je ne puis savoir de quelle façon je me serais comporté dans ce cas et que surtout les détails qui nous ont été fournis par mon ami Roulier ne me garantissent nullement que le traitement médical ait été appliqué avec toute la rigueur que j'y apporte. Lorsque j'assume la responsabilité du traitement médical d'une appendicite, je surveille mon malade avec plus d'attention peut-être que je ne le ferais après une intervention. Je le revois matin et soir, et chaque fois je note avec précision sa température, son pouls, l'état de son faciès, me tenant prêt au moindre changement défavorable à modifier ma ligne de conduite et à opérer si je le juge convenable. Dans ces conditions, je puis affirmer à mon ami Roulier que parmi les nombreux cas d'appendicite que j'ai traités médicalement, jamais je n'ai vu éclater brusquement sous mes yeux les phénomènes de péritonite septique qui me paraissent avoir entraîné la mort de son petit malade. En terminant, et bien que je n'attache pas en général grande importance aux statistiques, je crois cependant intéressant de vous communiquer les résultats que j'ai obtenus pendant l'année 1898. J'ai, durant cette période, observé et suivi, tant à l'hôpital qu'en ville, 59 cas d'appendicite. Douze de ces malades seulement ont été opérés à chaud, soit immédiatement, soit après un essai infructueux de traitement médical. Chez 47, le traitement médical a abouti à la résolution complète de la crise, et je puis vous assurer qu'il ne s'est, dans aucun de ces cas, agi d'améliorations passagères et trompeuses. De mes 59 malades, 8 ont succombé, ce qui donne une proportion d'insuccès de 13 1/2 pour 100, chiffre peu élevé si l'on veut bien réfléchir qu'à trois exceptions près ma statistique ne comprend que des observations d'appendicites chez l'enfant, et que six de mes insuccès ont été observés dans des cas de septiciémie péritonéale où l'opération était pratiquée en désespoir de cause.

M. Chaput. Dans cette discussion il y a lieu de distinguer quelques points secondaires et une question capitale : celle du traitement de l'appendicite aiguë.

Voici mon opinion sur les questions d'ordre secondaire.

J'ai adopté l'incision latérale de Max Schüller tant pour les cas aigus, que pour les opérations à froid.

Lorsque, par cette incision je constate l'absence de lésions intra-péritonéales, avec suppuration rétro-caecale probable, je découle le péritoine à partir de l'angle inférieur de la plaie et je remonte peu à peu entre la fosse iliaque et le caecum jusqu'à ce que j'aie donné issue au pus.

J'ai signalé bien avant M. Poirier ce procédé *a posteriori* dans un article que j'ai publié en 1890 dans le *Journal des Praticiens*.

L'éventration ne s'est montrée que rarement chez mes malades. J'en ai opéré deux cas consécutifs à des opérations à chaud avec large drainage et suppuration de la paroi inoculée par un pus très virulent.

Je n'ai point observé l'éventration dans les cas aigus ni chroniques traités sans drainage.

Je me rallie à l'opinion de la majorité relativement à la bénignité des opérations à froid. Sur 11 cas, j'ai eu 11 guérisons. Cette bénignité ne me décide nullement à laisser refroidir les appendicites.

Doit-on opérer un malade après une seule poussée d'appendicite suivie de résolution complète en apparence ? A mon avis la question mérite d'être résolue diversement selon les cas particuliers. En effet, si le malade peut rester à portée des secours chirurgicaux, s'il a un bon régime, je ne vois pas la nécessité d'opérer afin d'empêcher une récurrence qui ne surviendrait peut-être jamais. Au contraire, si le malade voyage, s'éloigne des chirurgiens, s'il ne peut ou ne veut pas modifier son régime, il devient indispensable de l'opérer le plus tôt possible.

J'en arrive maintenant au traitement de l'appendicite aiguë.

Les opérateurs se divisent en deux catégories bien tranchées : les uns déclarent que « sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible ». On peut les qualifier de radicaux. Les autres, opportunistes, sont d'avis de laisser refroidir certains cas.

Autant l'accord est ferme dans le premier camp, autant il y a division dans le clan des opportunistes.

La majorité des orateurs précédents est d'avis d'opérer les cas de péritonite avérée et ceux dans lesquels la suppuration n'est pas douteuse.

C'est surtout pour les cas qui ne répondent ni à la péritonite étendue ni à l'abcès avéré, pour les cas de moyenne intensité comme le dit M. Ricard, que les avis sont partagés. En effet, il est difficile de dire à quels symptômes on reconnaît sûrement qu'un cas moyen doit se transformer en un cas grave.

Je n'hésite pas à déclarer que l'opération systématique, dans tous les cas aigus, est seule rationnelle et logique et qu'elle est seule capable d'assurer la guérison, tandis que l'expectation ne peut que compromettre la vie des malades dans un nombre relativement considérable de cas.

Personne ne discute plus sur la nécessité d'opérer d'urgence les péritonites avérées ; il en est de même pour les abcès non douteux.

On m'accordera aussi qu'il est imprudent de laisser sans les ouvrir les foyers de péritonite localisée.

Je réclamerai enfin le droit imprescriptible d'inciser toutes les fois qu'il y a un *gâteau*, un empatement net dans la fosse iliaque. Enfin je suis décidé à opérer les appendicites qui s'accompagnent d'un mauvais état général avec des signes d'empoisonnement septique.

Mais je veux aller plus loin que tous mes collègues réunis, en soutenant qu'il faut opérer même les cas bénins, avec légère induration, même les cas sans induration, quel que soit l'état général.

Un point me paraît surtout hors de doute, c'est l'urgence absolue de l'intervention toutes les fois que l'on constate un seul des symptômes suivants : nausées, vomissements, ballonnement du ventre, pouls petit et rapide. Quelque rapproché que soit le début des accidents vous avez le droit de soupçonner la péritonite et le devoir d'opérer immédiatement.

La symptomatologie de la péritonite est souvent très atténuée ; j'ai vu, ces jours derniers, un malade présentant un peu de ballonnement du ventre avec un pouls à 110° et une température à 37°5, qui avait eu deux vomissements verts dans la nuit. Mes élèves ne pouvaient croire à une péritonite ; je l'opérai d'urgence et constatai une péritonite purulente généralisée qui fut suivie de mort.

Il faut d'autant plus se hâter, quand il y a le moindre retentissement péritonéal, que la suppuration de la grande séreuse se fait souvent avec une rapidité invraisemblable. Je rappellerai, à ce propos, les observations de mon collègue Potherat qui, après douze, vingt-quatre, trente-six heures, trouve du pus dans tout le ventre, opère et guérit. Je demanderai aux opportunistes de l'appendicite si l'expectation, si courte qu'elle eût pu être, n'eût pas aggravé considérablement l'état de ces malades ?

Quelques-uns de nos collègues considèrent l'existence d'un *gâteau*, d'un empatement comme une indication opératoire formelle. Je dirais plutôt que ce sont les cas qui supporteraient le mieux l'expectation puisque les adhérences sont faites et protègent la grande séreuse.

À côté des cas avec retentissement péritonéal qui réclament l'intervention avec le plus d'urgence, je placerais ceux où l'on ne constate pas de tumeur locale dans la fosse iliaque ; ceci indique qu'il n'y a aucune adhérence, aucune tendance à l'enkystement ou bien que l'appendicite peut se trouver transporté dans des régions éloignées de la fosse iliaque. La péritonite est alors gravement à redouter et il convient de la prévenir par une opération immédiate.

En dehors de ces deux catégories de faits : appendicites avec retentissement péritonéal, et appendicites sans tumeurs, dans lesquels l'opération doit être pratiquée dans l'espace de quelques heures, en dehors de ces cas, j'interviens également, mais sans autant de hâte, je prends mes aises et je mets à l'occasion l'opé-

ration au lendemain ; je crois cependant qu'il vaut mieux attendre le moins possible.

Les partisans de l'opération à froid donnent comme argument que cette intervention fournit une statistique bien meilleure que les opérations à chaud. Rien d'étonnant à cela puisque tous les cas mortels se trouvent éliminés par ce seul fait qu'on attend quelques semaines avant d'opérer. Mais, combien la statistique se retournerait contre les opportunistes s'ils donnaient, avec les cas à froid, ceux opérés à chaud après expectation préalable et dans lesquels l'expectation a fortement aggravé l'état des malades !

Quand un malade commence une péritonite, qu'on le met en expectation pendant vingt-quatre heures et qu'on l'opère ensuite parce que les symptômes se sont caractérisés, croyez-vous qu'on n'a pas gravement compromis la vie du patient ?

Les poussées suraiguës, qui tuent des malades en convalescence d'une attaque antérieure, ne sont-elles pas pour nous faire réfléchir ?

Enfin, comment faire admettre à des personnes non familiarisées avec les idées médicales le raisonnement suivant : « Vous venez d'avoir une appendicite, tant que l'affection a été grave et dangereuse, nous nous sommes abstenus d'y porter remède par une opération sans gravité par elle-même ; mais maintenant que vous êtes guéri nous allons vous faire une opération qui a quelques chances d'être absolument inutile. »

Pour que l'expectation fût légitime, il faudrait établir qu'elle n'aggrave pas la situation des malades et que l'opération à froid est notablement plus bénigne que l'opération à chaud.

Or, il est indéniable que l'expectation aggrave les péritonites généralisées, les péritonites localisées, les appendicites en instance de perforation, non protégées par des adhérences, et les appendicites avec abcès.

J'ajouterai que j'ai observé de nombreux cas d'appendicite sans gangrène ni perforation, s'accompagnant de péritonite généralisée. Donc les appendicites muqueuses sans perforation peuvent être aggravées aussi sérieusement par l'expectation.

Tant que ne sera pas fait le diagnostic exact de la lésion appendiculaire, tant que l'on n'aura pas établi avec une certitude infaillible l'évolution ultérieure d'une appendicite, on n'aura pas le droit de laisser la lésion grandir, et, si on le fait, on se charge d'une lourde responsabilité.

L'argument de la bénignité de l'opération à froid se trouve sérieusement entamé si l'on fait entrer dans la statistique les cas qu'on a laissés attendre et qu'il a fallu opérer d'urgence dans des conditions infiniment plus mauvaises. Mais mettons les choses au mieux, prenons une statistique globale d'opérations à chaud, comparons-la aux opérations à froid, et voyons ce qu'elle donne.

Ma statistique personnelle se compose de 20 opérations à chaud sans péritonite avec 20 guérisons.

L'appendice n'a pas été trouvé dans 4 cas qui n'ont d'ailleurs pas récidivé, et jamais je n'ai observé de fistules stercorales consécutives à l'opération à chaud. Donc l'opération à chaud n'a aucune gravité, et l'inoculation du péritoine par un pus virulent n'est qu'un vain mot, un pur roman.

J'ai opéré 17 péritonites purulentes absolument généralisées ; ces 17 malades sont morts. Je pense que l'expectation ne les eût pas sauvés davantage.

En revanche, j'ai, parmi les 20 cas cités plus haut, 8 cas de péritonites généralisées au début, sans pus, ou purulentes localisées avec du pus entre les anses ou dans le Douglas ; ces 8 cas ont guéri. Une expectation de vingt-quatre ou quarante-huit heures n'eût-elle pas aggravé considérablement l'état de ces malades ?

J'ai toujours opéré à bref délai toutes les appendicites que j'ai observées, aussi n'ai-je pas eu la douleur de perdre des malades pour avoir attendu.

Je conclus en disant, comme M. Poirier, que toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, et je motive mon opinion en disant : parce que le diagnostic exact des lésions est impossible, parce que le pronostic ne peut être posé avec certitude, parce que l'attente aggrave les lésions, parce que l'opération précoce est aussi complètement innocente que l'opération à froid, parce qu'elle seule peut sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

Autopsie d'une résection du coude faite en 1870. — M. Ollier montre les dessins du coude autopsié d'un homme auquel il avait pratiqué la résection pour tuberculose en 1870.

Opération pour ulcère de l'estomac. — M. Roulier présente une malade qu'il a opérée pour des accidents gastriques. L'estomac était adhérent au foie au niveau de la petite courbure : les adhérences ont été détruites, ce qui a fait ouvrir l'estomac. Après suture de la plaie, la gastro-entérostomie a été pratiquée avec le bouton de Murphy.

Actuellement, un mois après l'opération, la malade va très bien.

Prolapsus rectal. — M. Delorme présente un malade qui est atteint de prolapsus rectal. Il a réséqué la muqueuse sur 30 centimètres de long. Le résultat est excellent. Dans un autre cas, M. Delorme a réséqué 80 centimètres de muqueuse intestinale.

Laparotomie pour contusion du foie. — M. Hartmann présente un malade qu'il a opéré pour une contu-

sion abdominale. Il présentait le signe de la contracture de la paroi. Il existait une déchirure du foie.

Épiloite consécutive à une cure radicale de hernie. — M. Monod montre un malade, qui a présenté une épiloite plastique, avec des accidents d'obstruction intestinale, après une cure radicale de hernie. La laparotomie fut pratiquée; le colon transverse, qui était dans un lacis d'adhérences, fut libéré, mais l'épiploon ne put être extirpé. Le malade a guéri et les accidents d'obstruction ont disparu.

Kyste hydatique de l'humérus. — M. Le Dentu présente un malade qu'il a opéré pour un kyste hydatique suppuré de l'humérus. Le diagnostic clinique avait été ostéomyélite.

Appendicite compliquée d'iléus. — M. Lejars montre un malade qu'il a opéré pour une appendicite compliquée d'iléus.

(A suivre.)

F. JAYLÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Février 1899.

Polyurie et hystérie. — M. Mathieu. A la précédente séance, on a discuté ici les rapports qui unissent la polyurie et l'hystérie. Le premier, je crois, j'ai formulé cette idée que, chez les névropathes, la polyurie était fonction de l'hystérie. C'était en 1891. Peu de temps après, M. Babinski a apporté un argument important à la théorie de la nature hystérique de ces polyuries nerveuses; il a montré qu'elles étaient susceptibles de guérir par suggestion, et M. Debove a déclaré que, pour lui, la polyurie pouvait être le seul stigmate de l'hystérie.

Le 11 Mars 1892, j'ai communiqué à la Société un cas de grand diabète insipide sans aucun stigmate hystérique, guéri par suggestion médicamenteuse. Pour déclarer qu'un fait de polyurie n'est pas hystérique, il ne suffit pas de constater l'absence des stigmates habituels de la névrose; rien ne dit qu'une suggestion bien faite n'en aurait pas démontré la nature réelle.

M. Gilles de la Tourette. Il me paraît très dangereux d'affirmer la nature hystérique de la polyurie quand il n'y a pas de stigmate hystérique. Il ne faut, de plus, pas attribuer à la suggestion une valeur absolue; elle n'est pas un stigmate d'hystérie.

Quant au diagnostic de polyurie vraie, il est souvent difficile; les malades emploient toutes les supercheries, et on peut dire que la polyurie est ce que les hystériques simulent le mieux.

M. Hayem. Ce qu'ils ne peuvent simuler, c'est l'exagération constante dans l'excrétion de l'urée, exagération qui est la règle chez tous les polyuriques.

Traitement du rhumatisme par le salicylate de méthyle. — MM. Linossier et Lannois rappellent qu'ils ont démontré, par des expériences précises, que l'absorption du salicylate de méthyle se fait par la surface cutanée et non par inhalation.

Lèpre ou syringomyélie. — M. Renault présente un malade, ancien syphilitique, atteint de lèpre ou de syringomyélie. D'après certaines particularités dans la distribution des anesthésies, dans la dissociation des modes de la sensibilité; d'après l'exagération des réflexes et une légère trémulation épileptoïde; d'après quelques troubles trophiques spéciaux, M. Renault incline à croire à une syringomyélie.

M. Gilles de la Tourette, qui a vu le malade précédemment, croit qu'il s'agit d'un cas de lèpre parce que les nerfs cubitaux sont hypertrophiés, quoique sans nodosités, parce qu'il n'y a pas de sclérose, et, enfin, et surtout, parce que le malade a fait un séjour à Bornéo.

M. Raymond. Il est certain que le diagnostic est très difficile entre certaines formes de la lèpre et la syringomyélie; dans le cas actuel, on pourrait penser à la syringomyélie; mais, en raison de l'exagération des réflexes que présente ce malade, et jusqu'à plus ample informé, il faut rester dans le doute.

M. Antony. Un orteil de ce malade fut éliminé en totalité; n'est-ce pas là un symptôme de lèpre? Dans la syringomyélie, les éliminations des doigts sont partielles et successives.

M. Raymond. Ce symptôme n'a pas de valeur absolue; l'élimination en masse se voit dans la syringomyélie.

Angine pseudo-membraneuse à streptocoques, paralysie du voile du palais. — M. Carrière envoie à la Société une observation d'angine à fausses membranes; deux examens bactériologiques furent faits et démontrèrent la présence exclusive du streptocoque. Cependant, deux mois après, une paralysie du voile du palais se montra.

Fèvre typhoïde, hématurie, rechute, guérison. — M. L. Galliard, au nom de M. Bagot (de Roscoff), lit la note suivante. Un garçon de dix ans et demi, domicilié à Saint-Pol de Léon, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde eut, depuis le 28 Juin 1898, de fréquentes émissions d'urine sanglante. Le 3 Juillet, il accusa du ténesme vésical et des douleurs à l'extrémité de l'urètre; l'urine contenait des globules rouges, mais pas de cylindres. Le 7 Juillet, la température s'éleva, le soir, à 38°2; le 8, à 39° le 9, à 40°. L'enfant se plaignait de violentes douleurs lombaires, d'abord à droite, puis à gauche. Le 19 Juillet, après des oscilla-

tions autour de 39°, on nota encore 40° degrés le soir, puis la défervescence s'effectua progressivement; apyrexie complète le 26 Juillet; l'urine ne contient plus de sang (les hématuries avaient cessé le 16 Juillet) mais de l'albumine.

On avait admis, dans ce cas, une néphrite infectieuse d'origine indéterminée lorsque, le 3 Août, la température vespérale s'éleva à 38°5, tandis que se reproduisaient les hématuries, accompagnées de douleurs lombaires et de ténesme vésical. Du 5 au 9 Août, on nota tous les soirs une température supérieure à 40°; du 10 au 16 Août, on nota environ 39° le soir, puis la défervescence s'effectua. Les hématuries cessèrent le 16 Août; il y eut de l'albuminurie jusqu'à la fin de Septembre. Pendant la convalescence, l'enfant séjourna à Roscoff.

Jamais d'anurie ni même d'oligurie; un litre d'urine par jour en moyenne. Pas de cylindres, pas d'oséme, pas de crises nerveuses. Traitement: bains tièdes répétés, ergotine, tannin, régime lacté.

Ce fut seulement pendant la rechute que le diagnostic de fièvre typhoïde (météorisme, taches rosées) s'imposa.

Le 31 Octobre, l'enfant eut encore, à l'occasion d'une angine, des hématuries pendant cinq jours, puis de l'albuminurie pendant dix jours. Depuis, cette époque, on trouve, parfois encore, un léger nuage albumineux, mais la santé du petit est excellente.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

10 Février 1899.

Sarcome du corps ciliaire. — M. Valude présente un œil qu'il a dû énucléer, bien que l'organe eût conservé sa fonction, et que la malade pût se conduire et même continuer d'écrire. On y constate un sarcome du corps ciliaire. L'opération a été faite il y a huit ans; il n'y a pas de récurrence.

Perforation tuberculeuse de la sclérotique. — M. Valude montre un cas de tuberculose de la sclérotique; le processus a amené une ulcération assez grande, qui met l'intérieur de l'œil en communication avec l'orbite.

M. Cornil met en relief la rareté des tubercules de l'œil; il en a décrit, dans un cas, dans la cornée.

M. Valude, à propos de ces deux communications, expose le procédé qui lui a permis de conserver ces pièces avec leurs caractères objectifs si nets. Les yeux sont inclus dans la gélatine additionnée de formol ou de sublimé; on fait ensuite agir le vide, pour chasser les bulles d'air qui pourraient persister; c'est le point délicat de la méthode. Les deux pièces qui font l'objet de la présentation ont été ainsi préparées par M. Dubief; on peut les voir sous toutes leurs faces.

M. Griffon profite de la communication de M. Valude pour faire connaître un point particulier de la technique de conservation des cultures microbiennes sur gélatine; il a remarqué que les tubes de cultures développées, qu'on a embauchés en imbibant le bouchon d'une goutte de formol, peuvent être ensuite soumis à des températures très élevées, à 100° et au-dessus, sans que la gélatine se ramollisse. On sait que, dans les proportions où on l'utilise pour les cultures, la gélatine fond aux environs de 24°; les collections non embauchées au-dessus de cette température. Or, il suffit de quelques vapeurs de formol pour transformer la gélatine en un milieu pour ainsi dire immuable, insensible aux variations de température des laboratoires, et, par suite, très précieux pour les collections bactériologiques.

Kyste hydatique de la parotide. — M. Morestin présente un kyste hydatique qu'il a extirpé de la parotide d'une femme de cinquante ans. L'examen clinique avait conduit au diagnostic probable de tumeur mixte, et l'intervention seule a montré la véritable nature de la maladie.

Pièces de résection du coude pour arthrite sèche. — M. Morestin présente des pièces d'une arthrite sèche du coude, pour laquelle il a été amené à pratiquer la résection de cette articulation. La jointure était remplie de corps étrangers, dont plusieurs très volumineux, les extrémités osseuses considérablement augmentées de volume et déformées. Le nerf cubital soulevé par les ostéophytes était le siège d'une paralysie complète. Le malade a guéri. Il a retrouvé les mouvements de son coude, et les troubles qui existaient dans la sphère du cubital ont disparu.

M. Cornil fait remarquer que dans le cas actuel, le cartilage des surfaces articulaires a uniformément disparu et que par place la moelle osseuse est à nu et fait saillie. La synoviale est épaisse, vascularisée et tapissée de corps étrangers osseux; tout le processus paraît s'être cantonné dans la synoviale.

Corps étrangers de la tunique vaginale. — M. Péraire apporte des corps étrangers multiples, peu volumineux, trouvés au cours d'une incision d'hydrocèle; ils sont constitués par des phosphates de chaux et de magnésie.

Ictère grave; délire hépatique; lithiase biliaire. — MM. Gastin et Didé présentent le foie d'une femme qui a succombé, en plein délire, à l'insuffisance hépatique aiguë.

Le foie est flasque, jaune; il offre les lésions typiques de l'ictère grave. Le cholédoque est incomplètement obstrué par un calcul; la vésicule, distendue, contient d'autres calculs.

Sarcome des ganglions, du tissu cellulaire rétro-péritonéal, de l'estomac et de l'intestin; perforations intestinales. — MM. Milian et Ribierre présentent les pièces d'un homme de cinquante-neuf ans qui avait été opéré, il y a seize mois, dans le service de M. Polaillon, d'une adénite axillaire, laquelle fut considérée comme de nature tuberculeuse. Une deuxième tumeur apparut huit mois après dans la région péritonéale gauche et rétrocéda spontanément. Une troisième tumeur sus-claviculaire fut enlevée ensuite et l'examen histologique révéla un sarcome à cellules fusiformes.

Entre temps étaient apparus des phénomènes généraux (anorexie, diarrhée, asthénie, cachexie progressive), et le malade mourut de péritonite par perforation à symptômes, d'ailleurs, très atténués.

À l'autopsie, on constata que la perforation était due à l'ulcération d'une des tumeurs intestinales. L'examen histologique révéla la nature identique de ces tumeurs, sarcome à cellules fusiformes, comme dans le premier examen.

Fracture du col du fémur sans tendance à la consolidation. — M. Barbarin montre un fémur où l'on constate une fracture du col non consolidée. La malade était restée pendant trente-cinq jours immobilisée dans un appareil.

Anomalies musculaires de la région du genou. — M. Barbarin a rencontré, au cours de ses dissections, un muscle proplité à deux chefs fémoraux, l'un superficiel qui va au sésamoïde du jumeau externe, l'autre profond qui suit le trajet habituel. Il a trouvé, sur un autre cadavre, une anomalie du soléaire, un chef fémoral qui vient s'attacher sur le condyle externe.

Kystes hydatiques multiples. — M. Barbarin apporte une série de kystes hydatiques que portait un cadavre de l'amphithéâtre des hôpitaux, l'un siège en plein tissu hépatique, et s'ouvre par deux fistules opposées à la peau, au niveau du 8^e espace intercostal, et dans le duodénum.

D'autres poches se voient à côté de celle-là, puis la rate en renferme un très volumineux; on en trouve un autre entre la vessie et le rectum, dans l'épaisseur de l'aponévrose prostatopéritonéale, implanté sur la base de la prostate.

Abcès aréolaire du foie d'origine sus-hépatique chez un lapin. — MM. Ch. Lévi et Josué montrent le foie d'un lapin qui présente un abcès aréolaire. Chez ce lapin, après laparotomie, on passa deux fils de catgut dans le foie, on les noua sans serrer; l'animal, sacrifié quelques jours après dans un état apparent, de santé, présentait un abcès aréolaire intéressant en ce sens que les colonnes conservées sont les espaces portes. L'abcès s'est développé autour des veines sus-hépatiques; les travées, dans les parties abcédées, étaient représentées par les capillaires intra-lobulaires distendus de leucocytes, les cellules hépatiques ayant disparu presque par nécrose.

Il est difficile d'expliquer la pathogénie de cet abcès aréolaire, où l'infection a dû se faire d'une façon rétrograde. Ce cas est à rapprocher de ceux déjà publiés de MM. Claisse et Achalmé.

Hernie extra-péritonéale de l'appendice. — MM. Dujarier et Castaigne présentent une pièce de hernie extra-péritonéale de l'appendice, disposition absolument latente trouvée seulement à l'autopsie. On constate deux sacs distincts, l'un adhérent à l'appendice, l'autre contenant des franges graisseuses. L'appendice est obitéré à l'œil nu comme au microscope.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

8 Février 1899.

Considérations chimiques et toxicologiques sur le benzoate de mercure. — MM. Bretonneau et Desesquelle. — D'après certains traités et formulaires de thérapeutique, le benzoate de mercure est soluble dans des solutions aqueuses de chlorures et d'iodures alcalins. Or, c'est là une erreur que nous devons relater et signaler à nos collègues. Le benzoate de mercure est décomposé par les chlorures, bromures et iodures alcalins en présence de l'eau pour donner naissance à des benzoates alcalins et à des chlorures, bromures et iodures mercuriques.

Nous avons donc cherché un agent de dissolution du benzoate de mercure qui n'aurait pas l'inconvénient de décomposer le sel mercuriel comme les chlorures, bromures et iodures alcalins. Après divers essais, notre choix s'est arrêté sur le benzoate d'ammoniaque. Mais tout d'abord nous avons cherché à nous procurer du benzoate de mercure chimiquement pur.

Le benzoate de mercure offre une propriété très importante sur laquelle nous désirons appeler l'attention. En solution dans le benzoate d'ammoniaque, il ne précipite pas les albuminoïdes du sérum sanguin, même après addition de chlorure de sodium à la solution du sel mercuriel; tandis que le benzoate de mercure, préa-

labilement décomposé par le chlorure de sodium pour être ainsi transformé en sublimé, précipité abondamment ces matières albuminoïdes. Il semble donc que le benzoate d'ammoniaque a une certaine affinité pour le benzoate de mercure et formerait avec lui un benzoate double. Nous n'avons là qu'une preuve physiologique de cette combinaison, preuve à laquelle manque le contrôle de la thermo-chimie; malheureusement, nous n'avons pas à notre disposition les éléments nécessaires pour exercer ce contrôle. Quoi qu'il en soit, ce fait est des plus intéressants au point de vue thérapeutique et justifie doublement le choix que nous avons fait du benzoate d'ammoniaque comme agent de dissolution du benzoate de mercure.

Du traitement de la constipation. — M. Mathieu. Parmi les médicaments que M. Soupault a préconisés contre la constipation, un de ceux qu'il recommande est le calomel. Je ne partage pas sur ce médicament l'opinion de M. Soupault. Pour moi, le calomel n'est pas un bon purgatif. On lui a prêté longtemps le rôle d'agent cholagogue; or, actuellement, cette action cholagogue du calomel est fortement battue en brèche; il en est de même de son rôle comme antiseptique intestinal, ce rôle n'est rien moins que démontré. Le calomel est un purgatif dangereux; je me rappelle qu'autrefois M. Hanot prescrivait volontiers le calomel dans les affections du foie; dans les dernières années de sa vie, il y avait complètement renoncé, car le calomel lui avait donné des accidents graves. Les purgations salines répétées me paraissent bien préférables au calomel sur tous les points; elles ne présentent pas de danger.

Une des formes de la constipation qui mérite une attention toute spéciale, c'est cette forme de constipation qui est accompagnée de diarrhée: on peut avoir trois ou quatre selles par jour et cependant être un constipé. Lasèque, autrefois, avait signalé tout particulièrement ces fausses diarrhées. D'autres fois, la constipation est suivie de débâcles diarrhéiques auxquelles fait suite une nouvelle période de constipation. Dans ces cas, le meilleur traitement sera le régime lacté accompagné de grands lavages de l'intestin.

Un point sur lequel on doit porter également son attention est le rapport qui existe entre la constipation et la neurasthénie; beaucoup de constipés sont des neurasthéniques, il faut donc traiter en même temps la neurasthénie et la constipation. Chez ces malades, il faudra éviter soigneusement l'abus des purgatifs et avoir recours de préférence aux moyens hygiéniques et aux moyens mécaniques.

M. Le Gendre. Dans le traitement de la constipation, une des grosses difficultés est le diagnostic des formes de la constipation, et un des points les plus importants est le régime alimentaire du constipé; car il ne faut pas croire que les meilleurs aliments pour les constipés sont toujours ceux qui laissent beaucoup de résidus alimentaires.

Du traitement de la migraine par le bicarbonate de soude. — M. Gallois. Je crois que, comme la goutte, la migraine est due à la présence de l'acide urique dans le sang. Cette conception pathogénique m'a conduit à essayer de traiter la migraine par les alcalins. Je fais boire aux repas de l'eau additionnée de bicarbonate de soude, une cuillerée à café par litre. Dans trois cas de migraine invétérée ce traitement m'a donné d'excellents résultats.

Stérilisation des solutions de cocaïne. — M. Légrand. On peut arriver à stériliser des solutions de cocaïne à la vapeur humide portée à 105°, 110°, 120°, pendant un temps variant entre dix et quinze minutes, sans crainte de produire une altération de la solution. Dans toutes les expériences que j'ai faites, les solutions de cocaïne stérilisées à la vapeur humide se sont montrées analogues aux solutions ordinaires, au point de vue de la rapidité, de l'intensité et de la durée de l'anesthésie.

P. DESFOSSÉS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

9 Février 1899.

Action thérapeutique des rayons X. — M. Darier. A propos de la récente communication de MM. Balzer et Monseaux sur les accidents cutanés causés par les rayons de Röntgen, nous rappellerons que déjà au Congrès de Moscou, en collaboration avec MM. Barthélemy et Oudin, nous avions insisté sur l'irrégularité d'action des rayons et sur leur diversité d'influence sur la chute et la repousse des poils. Le cobaye dont nous avions parlé à la dernière réunion de la Société, est mort accidentellement: nous le présentons ici; il a subi l'action des rayons, il y a vingt mois: aucun poil n'a repoussé sur la région déglabrée. Ce résultat rend très circonspect, quand il s'agit d'appliquer à l'homme cette méthode thérapeutique, et, dans les cas de teigne, en particulier, la dépilation serait peut-être produite pour toujours. L'hypertrichose, seule, n'aurait rien à craindre de ce moyen thérapeutique.

M. Brocq. Il y a lieu de distinguer la radiothérapie, pratiquée à l'aide de la seule machine statique, de la radiothérapie modifiée par l'action de la bobine de

Rhumkorff. Tandis que la première semble à peu près inoffensive, la seconde est beaucoup plus fréquemment la cause des accidents cutanés les plus variables. Il y a là tout un sujet d'études comparatives à explorer.

M. Darier. Il y a eu à la Société de Biologie des communications intéressantes sur la différence de constitution physique de ces deux formes de radiation électrique.

Herpès cataménial. Erythème polymorphe récidivant. Lésions sanguines. — M. Leredde. Voici une malade, âgée de trente-trois ans, qui, depuis l'âge de quinze ans, présente, surtout au moment des règles, une éruption faciale. La figure est envahie par des placards formés de vésicules d'herpès confluentes. Sur les mains, on observe des lésions d'érythème; enfin, les jambes présentent parfois des taches de purpura. L'origine de l'herpès, de l'érythème et du purpura s'explique par l'existence d'altérations sanguines. Le nombre des globules rouges est légèrement diminué, celui des globules blancs, augmenté. Par la méthode de Malassez, on constate la diminution de l'hémoglobine. Le chiffre fourni par l'addition des polymonucléaires, des mononucléaires et des lymphocytes est de 91 pour 100 au lieu de 98 pour 100, chiffre normal. Il existe une légère éosinophilie, 3 à 6 pour 100. Enfin, on trouve des formes mal définies, telles qu'on peut en voir dans la moelle osseuse, au nombre de 3 à 7 pour 100. Parmi les mononucléaires, 15 pour 100 seulement ne sont pas identiques aux mononucléaires du sang normal. Parmi les autres, un grand nombre sont des cellules basophiles, quelques-unes identiques à celles de la moelle osseuse. Enfin, nous devons insister sur le rapport de ces altérations avec les phénomènes rhumatismaux qui existent presque continuellement chez cette malade.

Tuberculides acnéiformes. Acnéis. Folliculis. — M. Balzer et Monseaux. Nous présentons une malade âgée de vingt-neuf ans, qui, depuis un an, offre, à la face dorsale des doigts, des mains et des avant-bras un grand nombre de nodosités papuleuses enclavées dans le derme, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille. Au bout d'un mois environ, quelques-unes se résolvent et disparaissent, mais la plupart s'exulcèrent, suintent légèrement et se recouvrent d'une croûte sans donner issue à aucun produit pathologique. Les croûtes tombent et on voit une petite cicatrice déprimée, violacée, qui finit par ne plus laisser qu'une macule brunâtre. A mesure que ces nodosités disparaissent, d'autres reviennent en divers points. Ces lésions, décrites sous le nom d'acnéis, sont considérées actuellement comme des tuberculides. Cependant, nous n'avons pu retrouver dans les antécédents ni dans l'état actuel de notre malade aucune trace de tuberculose viscérale ou ganglionnaire récente ou ancienne. Dans un cas identique observé l'an dernier, des lésions absolument semblables coexistaient avec un lupus érythémato-tuberculeux de la face. Nous appelons donc l'attention sur la contradiction au moins apparente qui semble exister entre ces deux faits; d'autant plus que M. Barthélemy a observé des malades semblables chez lesquels la tuberculose ne s'est jamais nettement déclarée.

M. Gastou. Quel rapport histologique peut-on établir entre les lésions que porte cette malade et d'autres lésions également dénommées tuberculides, qui se traduisent par de beaucoup plus vastes surfaces exulcérées? Y a-t-il une lésion histologique capable de permettre un diagnostic scientifique?

M. Darier. Il n'y a pas de schéma de la tuberculide. Cependant, on trouve le plus souvent une lésion périfolliculaire ayant quelques rapports d'apparence avec les lésions tuberculeuses, mais où jamais on ne peut déceler de bacilles. M. Balzer, considérant sa malade comme indienne de bacilliose, il serait peut-être indiqué d'éclaircir cette question des tuberculides en essayant, à faible dose, l'emploi de la tuberculine chez elle. Si elle ne réagit pas, il est certain qu'elle n'a rien de suspect. Si elle réagit, au contraire, elle rentrera dans la classe des tuberculides latents.

M. Balzer. Le danger de ces injections, même chez les non tuberculeux, nous fait redouter de les employer.

M. Dubois-Havenith. Nous avons suivi depuis plusieurs années des malades de cette catégorie chez qui ne s'est pas développée, jusqu'ici, la tuberculose; mais nous avons d'autres exemples où cette maladie emporta les patients. Nous croyons qu'on a beaucoup de chances de voir ces malades mourir de cette façon après un temps variable.

M. Barthélemy. La malade de M. Balzer est un type d'acnéis remarquable. Les tubercules se constituent chez elle dans le derme, contrairement à ce qui arrive dans la folliculite, où ils sont superficiels d'emblée. C'est à propos de cas analogues que nous avons fait de l'acnéis et de la folliculite des entités morbides très différentes des folliculites.

Nous nous élevons contre l'idée de tuberculose attachée à l'évolution de ces lésions; jamais nous n'avons vu ceux de nos malades qui en étaient atteints mourir de tuberculose. Il nous semble que ce qualificatif n'est jusqu'ici qu'une hypothèse. Nous voyons depuis dix ans un malade dont la santé générale se maintient; nous en soignons un autre qui présente, à trente-trois ans, les manifestations les plus intenses de l'arthritisme sous la forme d'un rhumatisme déformant qui lui a pris toutes les articulations. Nous croirions plus volontiers qu'il s'agit de folliculites par associations de microbes pyogènes variés.

M. Leredde. Cette idée semble en contradiction avec le fait que les lésions évoluent de la profondeur vers la superficie.

M. Gastou. Après la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, on trouve des lésions dermatiques dont l'évolution rappelle celle des folliculis acnéis, et dont les lésions histologiques sont analogues. Est-il possible de les en différencier complètement?

M. Balzer. Nous regrettons de ne pouvoir vous présenter la seconde malade qui, avec des lésions absolument semblables, présente un lupus vulgaire de la face.

M. Du Castel. Nous vous présentons, à propos de cette discussion, un malade qui fut montré ici par nous en Mai 1896. On discuta à ce moment la possibilité d'une éruption médicamenteuse, probablement iodique. Dans son enfance, il avait eu un abcès de la fesse ayant duré très longtemps. Les jambes portent des cicatrices d'aspect syphiloïde. Actuellement, le malade a sur les mains une éruption qui persiste en toute saison. Il s'agit de petites infiltrations péri-articulaires un peu congestives. Au centre de ces lésions se produit parfois une infiltration purpurique. Cette lésion était exagérée par l'absorption d'iode de potassium et elle existe en dehors de la prise de ce médicament. Est-on ici en présence d'une variété de tuberculides, et ce malade, qui n'a en ce moment aucune lésion tuberculeuse appréciable, a-t-il eu, dans son enfance, un abcès tuberculeux de la hanche?

M. Leredde. La forme des lésions rapproche ce malade de l'angiokératome, et par l'angiokératome du lupus érythémateux. Où peut-on le classer? Dans les tuberculides ou dans ces dernières lésions?

M. Brocq. Ramenant la discussion à la question que posait M. Darier, nous demanderions seulement s'il paraît bien utile d'injecter de la tuberculine, puisqu'elle peut amener la réaction de sujets qui ne sont pas tuberculeux ou donner l'élevation de température chez des sujets atteints d'autres maladies, la lèpre par exemple.

M. Darier. L'injection de tuberculine à très faible dose nous paraît applicable à des semblables cas. La tuberculine indique nettement l'absence de lésion bacillaire chez les malades qui ne réagissent pas; elle indique, non pas à coup sûr, mais avec de grandes chances de réalité, l'existence de cette affection quand il y a une réaction.

M. Brocq. Comprise de cette façon, l'action de la tuberculine a certainement sa valeur diagnostique. Quant aux tuberculides envisagés comme causés par les toxines tuberculeuses, peut-être existent-elles; nous n'avons jamais nié le fait; nous avons dit seulement, et nous disons, qu'une affirmation nous semble un peu prématurée. Vouloir rapprocher, comme le fait M. Leredde, l'angiokératome du lupus érythémateux pour en faire une tuberculine, est-il toujours juste? Les deux affections peuvent, sans être de même nature, coexister chez le même sujet. Il semble qu'on soit facilement entraîné à ranger sous le chef tuberculeux des affections que leur bénignité et leur évolution rendraient plus aisément tributaires du lymphatisme.

L'expérimentation s'accorde peu avec l'idée de tuberculose, car M. Veillon, malgré l'insertion sous la peau des cobayes de fragments considérables de peau atteinte de ces lésions, ne les a pas vu devenir malades.

M. Gastou. Dans le même ordre d'idées, nous présentons à la Société une malade, notoirement tuberculeuse, atteinte de lupus de la face, qui eut, sans cause appréciable, une poussée brusque d'éléments rappelant par leur aspect les tuberculides, par la rapidité d'évolution de l'élément rappelant le prurigo. L'histologie de ces lésions les fit paraître analogues à celles des tuberculides.

M. Fournier. Objectivement, les lésions du malade appartenant à une catégorie essentiellement chronique. En réalité, elles étaient des plus fugaces. Nous avons vu une autre malade qui présentait des phénomènes analogues.

M. Du Castel. Voici encore une malade dont les lésions sont difficiles à classer. C'est une femme de cinquante-six ans qui vit apparaitre, il y a deux ans, à la face, de petits angiomes dont la surface montre un certain degré d'hyperkératinisation; la même lésion se retrouve sur les doigts et un angiome analogue existe à la pointe de la langue. Il y a là une lésion vasculaire chronique. Quelle est sa nature? A-t-elle des relations avec l'angiokératome?

M. Brocq. Ce cas nous rappelle un fait de tétanogélie en plaques disséminées, présenté à la Société en 1897. Il s'agissait d'une malade de soixante-neuf ans, qui vit survenir après sa ménopause des taches d'un rouge vif, qui augmentèrent progressivement de nombre et de dimensions. Elles étaient constituées par de très fines tétanogélioses. Sur certaines taches existaient des macules blanches pseudo-cicatricielles et on remarquait à leur niveau un léger degré de desquamation.

L'aspect de la langue de la malade de M. du Castel appelle l'idée de syphilis et la rapproche encore du cas que nous avons observé: notre malade était syphilitique de longue date. Il serait utile de chercher les traces de cette infection dans le cas présent.

Traitement de l'épithélioma par la méthode Cerny-Trunczek. — M. Hermet. Nous voulons appeler de nouveau l'attention de la Société sur un certain nombre de cas d'épithélioma en voie de traitement, et améliorés ou guéris par la méthode de Cerny-Trunczek. Nous rappellerons que M. Gastou, par les caractères histologiques des épithéliomas mis en traitement, arrive à

établir le pronostic de ces néoplasies et à fixer à l'avance leur résistance à l'arsenic. Nous croyons que cette méthode est utile à connaître et appelée à rendre des services.

M. Brocq. Nous avons expérimenté cette méthode sur des cas divers, un assez grand nombre de fois. Les résultats ont été incertains et incomplets. La repullulation est fait aisément sur les bords de la néoplasie, même après le grattage.

M. Dubois-Havenith. Les résultats que nous avons obtenus ont été tous incomplets : si nous avions à choisir pour nous-même un mode thérapeutique, nous choisirions certainement les cautérisations ou les raclages à fond, suivis d'applications caustiques.

M. Brocq. Nous avions cru d'abord à un vice de méthode, mais les résultats ont toujours été incomplets, bien que nous nous soyons astreint à suivre exactement les indications fournies par M. Hermet. Les méthodes anciennes donnent plus rapidement d'aussi belles cures. Depuis quelque temps, nous expérimentons dans notre service la méthode de M. Hue, de Rouen : nous injectons par goutte de la liqueur de Fowler, coupée de une fois son volume d'eau, dans les bords de la néoplasie. Un épithélioma très étendu de la joue, adhérent à l'angle de la mâchoire, à bords surélevés, a été, par ce procédé, notablement amélioré. Il est devenu plus mobile, ses bords se sont affaïssés, il a cessé de s'étendre et les douleurs ont à peu près complètement disparu.

Notre conclusion est qu'il ne faut employer la méthode de Cerny que dans les cas où tout autre traitement rapide ne saurait intervenir.

M. Danlos. Nous croyons avoir observé, dans 3 cas sur 18 environ, une guérison complète. Nous avons même obtenu la cicatrisation d'un épithélioma très étendu en surface.

M. Brocq. Cette cicatrisation est toute superficielle et n'est presque jamais la guérison; ne l'avons-nous pas vue se produire chez Vidal sous l'influence de cataplasmes de pomme de terre? Nous avons eu nous-même un résultat de ce genre avec le chlorate de potasse en solution concentrée, employé pour toucher la plaie, et par des pansements consécutifs à l'arsénol. Ceci ne veut pas dire qu'aucune de ces méthodes guérissent l'épithélioma.

M. Barthélemy. Dans les petits épithéliomas, dans tous ceux qui doivent guérir, il n'y a qu'une méthode : le raclage à fond et les caustiques puissants.

M. Moty. N'y a-t-il pas, d'ailleurs, après le traitement de Cerny, une exaspération possible de la malignité de certains néoplasmes?

M. Danlos. En dehors de la méthode de Cerny, l'emploi de l'arsenic en poudre appliqué après raclage, amène la guérison. L'arsenic est un bon caustique; il semble agir avec élection sur le tissu de néofornation, et nous répéterons le mot de Lallier, qui le disait après Royer : l'arsenic est un caustique intelligent.

M. Renault. Le traitement interne n'a pas moins d'importance que le traitement externe; dans un cas grave d'épithélioma de la langue, accompagné de troubles fonctionnels et de douleurs et vérifié par biopsie, nous avons vu le cacodylate de soude, administré à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour, améliorer l'état local sans traitement externe, permettre la mastication, supprimer la douleur. La néoplasie n'a pas progressé depuis lors.

M. Hermet. Nous sommes en l'espèce tous d'accord. Si la Société veut bien se reporter à ce que nous disions il y a un an, elle verra que nous sommes, non pas le défenseur à outrance, mais le propagateur de la méthode Cerny. La méthode que nous présentons n'est ni à adopter à l'exclusion de toute autre, ni à rejeter. Pour certains cas, elle peut rendre des services indiscutables, notamment lorsque l'épithélioma siège sur un point qui rend l'intervention chirurgicale impossible, lorsque toutes les méthodes employées ont échoué, raclage, cautérisation ignée, etc.

Quant aux récurrences, elles ont les bords du néoplasme pour point de départ, et nous proposons de scarifier les bords avant de badigeonner.

M. Besnier. Nous ajouterons qu'il reste une puissante indication de la méthode de Cerny : c'est le cas où le malade préfère un traitement de plusieurs mois à toute intervention chirurgicale.

Lésion mixte de la langue. Épithélioma et syphilis. — **M. Gastou.** Les pièces que nous présentons viennent d'une malade que nous avons fait voir en Décembre 1898 à la Société. Il s'agissait d'une lésion phagédénique à caractères hybrides de syphilis et d'épithélioma : cette malade mourut, à quelques jours de là, d'hémorragie. Les ganglions, qu'on avait crus envahis, étaient intacts; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma auquel se surajoutèrent des gommes.

M. Fournier. Ces glossites mixtes viennent à l'appui de la théorie de l'hybridité des glossites mixtes, avancée autrefois par Verneuil. Dans notre cas, la langue qui pendait au-dessous du menton, de plusieurs centimètres, s'est complètement atrophiée sous l'influence du traitement, tandis que persistait la lésion épithéliale. C'est là, nous semble-t-il, une démonstration absolue de l'hybridité des lésions.

Sur un cas de molluscum contagiosum confusum. — **M. Hallopeau.** Des faits semblables ont été publiés par Vidal et Kaposi. Chez notre malade, les éléments du molluscum sont agglomérés en une plaque

étendue à la partie inférieure de l'une des jambes. La confluence des éléments est telle qu'ils se confondent partiellement en une seule masse. Contrairement à la règle, cette éruption est prurigineuse. Il faut renoncer en pareil cas au traitement chirurgical qui serait pénible et recourir comme l'a fait Kaposi aux topiques sulfureux.

Sur une érythrodermie prémycosique. — **M. M. Hallopeau et Testivint.** Ce fait est intéressant par l'étendue des érythrodermies scarlatiniformes, l'épaississement de la peau qui les accompagne, les accès incessamment renouvelés de prurit violent qu'elles provoquent, par les douleurs lancinantes qui s'y joignent, par l'absence complète de lésions de grattage, par l'usure des ongles témoignant l'intensité du grattage, par l'existence de ces sensations prurigineuses dans des parties en apparence saines, venant confirmer les données de Leredde, qui a constaté en pareilles circonstances des altérations profondes du derme, malgré l'absence de lésions apparentes à l'examen clinique. Des accès de sueurs abondantes, des adénopathies multiples, la chute des cheveux et des sourcils constituent enfin un ensemble symptomatique tout à fait caractéristique.

Prurigo gestationis. — **M. Gastou** attire l'attention de la Société sur l'existence du prurigo dont il fait actuellement l'étude au point de vue urinaire avec M. Cathelineau.

Ce prurigo, à localisation prédominante sur les bras et sur les jambes, survient à l'occasion de la grossesse, alors que les malades ont été auparavant indemnes de toute affection analogue; il ne s'accompagne pas de lésions bulleuses.

M. Gastou met en opposition ce prurigo et l'herpès gestationis et mentionne l'existence d'une affection analogue accompagnant des troubles utérins en dehors de la grossesse.

E. LENGLET.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine interne de Berlin.

31 Janvier 1899.

Névrose traumatique. — **M. Schuster** a montré un malade de la clinique de M. Mendel, qui, à la suite d'un traumatisme, a présenté un trouble régulier de la motilité consistant en un tremblement à grandes oscillations survenant chaque fois qu'il essaie de soulever le membre supérieur ou le membre inférieur du côté droit. Les réflexes sont exagérés du même côté. L'examen du malade a montré qu'il ne s'agissait pas là de simulation, mais d'hystéro-traumatisme.

Valeur clinique de la diazo-réaction. — **M. Michaelis** n'a jamais rencontré la diazo-réaction dans l'urine des individus bien portants. Par contre, il l'a fréquemment trouvée dans l'urine des individus atteints de maladies infectieuses. Dans la fièvre typhoïde, on la trouve pendant les cinq à huit premiers jours; si elle persiste plus longtemps, elle indique que la maladie va prendre une marche grave. Il en est de même quand elle apparaît au cours de la rougeole.

La diazo-réaction se rencontre quelquefois dans la pneumonie, l'érysipèle et la diphtérie. Sa présence dans la tuberculose pulmonaire comporte un pronostic grave.

M. Ehrlich considère la diazo-réaction comme un phénomène témoignant de l'existence d'une infection.

M. Baginsky estime que l'importance clinique de la diazo-réaction n'est pas moindre que celle du séro-diagnostic de Widal.

AUTRICHE-HONGRIE

Société des médecins de Vienne.

3 Février 1899.

Néphropexie pour rein mobile. — **M. Tórocz** a présenté deux malades auxquelles il a fait la néphropexie pour rein mobile. L'opération a été faite, il y a un an, chez l'une de ces malades, et il y a deux ans et demi chez l'autre; jusqu'à présent le résultat fonctionnel est resté excellent et il n'y a pas trace de récurrence.

Ulcération tuberculeuse du pénis. — **M. Neumann** a montré un nourrisson présentant au niveau du frein du prépuce une ulcération à fond et à bords lardacés, qui s'est développée à la suite de la circoncision rituelle. L'aspect de l'ulcération, l'adénopathie inguinale et la constatation des bacilles tuberculeux dans les tissus de l'ulcération, ne laissent aucun doute sur la nature de celle-ci.

Spina bifida. — **M. Halban** a montré un nourrisson de cinq mois, opéré à l'âge de treize jours pour un spina bifida. Le tumeur, des dimensions d'une petite pomme, siégeait sur le sacrum, était fluctuante et recouverte d'une peau amincie qui, du reste, ne tarda pas à se fendre en laissant suinter du liquide cérébro-spinal. L'enfant présentait, en outre, une paralysie avec atrophie des muscles des jambes. L'opération n'a présenté aucune

difficulté, et, après la section des méninges, la perte de substance osseuse fut comblée par deux lambeaux périostriques qui furent suturés sur la ligne médiane. La plaie guérit par première intention et l'orifice du sacrum est actuellement comblé par du tissu osseux. La paralysie a persisté.

Exanthème iodique de la muqueuse de l'estomac.

— **M. Neumann** a communiqué l'observation d'une malade, ayant succombé à une néphrite compliquée de pneumonie, et qui, pendant la vie, avait présenté une éruption provoquée par l'usage de l'iode de potassium.

À l'autopsie, on trouva, à côté de plusieurs ulcérations dans le voisinage du pyllore, la muqueuse stomacale recouverte d'efflorescences de dimensions variables. La plupart d'entre elles étaient recouvertes d'épithélium; au niveau de quelques-unes il existait une desquamation de l'épithélium avec processus ulcéreux au début. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une infiltration allant jusqu'à la couche musculaire.

D'après M. Neumann, il s'agirait, dans ce cas, d'un exanthème iodique de la muqueuse stomacale analogue à celui que la malade avait déjà présenté au niveau de la peau.

BELGIQUE

Société médico-chirurgicale du Brabant.

27 Décembre 1898.

Les rétrécissements de l'œsophage et du cardia. — **M. Lambotte** envisage les différents modes de traitement que la chirurgie permet d'employer dans les cas de rétrécissement. La communication porte principalement sur les cas de néoplasies cancéreuses de l'œsophage. Les trois procédés principaux sont : le cathétérisme, l'intubation, la gastrostomie.

1° Le cathétérisme, en cas de cancer, n'est pas une mesure sage. C'est une intervention douloureuse, longue, peu efficace, qui doit se répéter trop souvent et qui peut provoquer des accidents par perforation. Les cathéters à olives, généralement employés, ont été modifiés par M. Lambotte, qui remplace l'olive unie par un bout métallique ovoïde, creusé en pas de vis à bords mousseux.

L'introduction de l'olive ne se fait plus par simple pression, mais par rotation de la tige.

2° L'intubation présente souvent beaucoup plus d'avantages. Elle consiste à laisser à demeure, dans toute la hauteur du néoplasme, une sonde en caoutchouc ou en métal dont la lumière est suffisante pour permettre le passage d'aliments liquides. La pose de la sonde se fait, soit par la voie supérieure à l'aide d'une pince œsophagienne, soit en ouvrant l'estomac pour retirer l'appareil introduit par la bouche et le fixer ensuite.

3° La gastrostomie, très en vogue actuellement, doit cependant se faire dans des conditions spéciales. Il faut que l'ouverture pratiquée dans l'estomac soit très petite et que son calibre ne dépasse pas l'épaisseur d'une allumette. Il faut, après avoir fixé l'estomac à la paroi abdominale, faire pénétrer le trocart à la partie la plus élevée du diverticule en lui faisant suivre un trajet oblique. Ainsi pratiquée, l'opération évite presque régulièrement l'écoulement de tout liquide hors de l'estomac et permet l'alimentation par des injections nutritives que M. Lambotte emploie ainsi formulées : bouillon, 125 grammes; sucre, 20 à 25 grammes; peptones, 2 à 3 cuillerées. L'auteur de la communication insiste sur la nécessité qu'il y a, dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, à diminuer la déchéance organique en rendant à l'individu la quantité d'eau qui lui manque (injections de sérum, boissons, lavements).

ILES BRITANNIQUES

Société clinique de Londres.

27 Janvier 1899.

Trois cas de laparotomie. — **M. Hutchinson** relate l'observation de trois malades qu'il a laparotomisés. Dans le premier cas, une roue de voiture avait passé sur le ventre d'un homme de trente-deux ans. À son entrée à l'hôpital, on constatait un abdomen distendu, très sensible, mat dans les flancs; mais, quand le malade changeait de position, la matité se déplaçait et occupait les régions déclives du ventre. La température était de 38° 9.

À l'opération on constata un très abondant épanchement sanguin, paraissant remplir dans sa totalité la cavité abdominale; cependant, malgré de minutieuses recherches, on ne put trouver le vaisseau blessé. Après lavage, le ventre fut refermé et une amélioration très sensible se manifesta aussitôt.

Depuis, il semble qu'une nouvelle effusion sanguine se soit produite, car la matité a reparu avec les mêmes caractères qu'auparavant, ce qui n'a pas empêché le malade de quitter l'hôpital un mois après l'opération, avec les apparences d'une santé parfaite.

La deuxième opération a trait à une femme admise à l'hôpital avec les signes d'une occlusion intestinale. La laparotomie donna issue à un litre environ d'un liquide clair-jauâtre, inodore, de nature indéterminée; les anses intestinales étaient congestionnées, l'estomac

dilaté; l'utérus était gravide (la grossesse paraissait dater de trois mois).

Le lendemain la malade avortait et mourait peu après. A l'autopsie, on constata que la cavité abdominale était pleine du même liquide qu'on avait retiré pendant l'opération : il existait des lésions de péritonite au début. Sur la face postérieure de la vessie, sur la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du cul-de-sac vésico-utérin, se trouvait un tout petit orifice, d'un millimètre environ de diamètre, par lequel la pression sur la vessie faisait sourdre de l'urine. Le reste de la vessie et l'urètre étaient normaux. Il s'agit probablement d'une perforation de la vessie à la suite d'une tentative maladroite d'avortement.

La troisième observation concerne à une femme de quarante-sept ans, n'ayant jamais été malade, qui, en soulevant un fardeau ressentit tout à coup, dans le côté gauche du ventre, une très vive douleur suivie de vomissements et de collapsus. A la palpation, on constatait, à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur mobile, du volume d'une tête de fœtus.

On fit le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu ou rompu. A l'ouverture du ventre, on constata l'effusion d'une grande quantité d'un liquide épais, glaireux, provenant de la rupture de la plus grosse poche d'un kyste multiloculaire.

RUSSIE

Société de pédiatrie de Moscou.

10 Novembre 1898.

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants d'après le procédé de Levachoff. — M. A. KISSÉL divise ses cas en trois catégories : 1^o cas où la guérison a été obtenue après un seul lavage de la plèvre par la solution de NaCl; ces cas sont probablement rares; 2^o guérison après plusieurs lavages; 3^o cas où il a fallu renoncer aux lavages et pratiquer l'empyème, qui n'a, d'ailleurs, pas permis non plus de sauver les petits malades.

Il est indiscutable que, dans certaines pleurésies purulentes, le procédé de Levachoff amène très rapidement la guérison, mais il reste à établir quelle est la forme clinique de ces cas. D'autre part, dans la pleurésie purulente tuberculeuse, le lavage de la plèvre doit être préféré à l'intervention chirurgicale. Enfin, ce procédé présente l'avantage de diminuer les chances d'une infection secondaire.

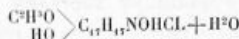
Pyopneumothorax : kyste hydatique combiné à l'actinomyose. — MM. GOLD et VERMEL. Il s'agit d'un enfant de onze ans, amené à l'hôpital pour une douleur vive dans le côté droit du thorax. Le début de la maladie remonte à il y a quatre mois; l'enfant se plaignait de dyspnée, d'insomnie et de faiblesse, puis de douleur violente dans la région hépatique. A l'examen, on trouva de la matité sur la ligne mammaire droite depuis le 4^e espace intercostal; la limite supérieure de la matité se dirigeait vers l'angle de l'omoplate et de là vers le rachis. Respiration affaiblie, vibrations nulles. A la ponction, on retira du pus fétide. Le foie débordait de quatre doigts le rebord costal, ce qui n'était guère en rapport avec l'étendue de la matité.

La matité variait avec les changements de position du malade. Rien dans les autres organes. On porta le diagnostic d'abcès sous-phrénique et on pratiqua la thoracotomie. A l'ouverture du thorax, il s'écoula du pus fétide et il s'en échappa des hydatides; le pus contenait, en outre, des graines d'actinomyces qu'on a pu cultiver, mais dont la virulence était faible. A l'exploration de la cavité, on constata qu'elle était sus-phrénique.

PRATIQUE MÉDICALE

La dionine.

La dionine est un dérivé de l'éther mono-éthylé de la morphine répondant à la formule suivante :



Elle se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline extrêmement fine, blanche, inodore, mais douée d'une saveur amère; elle est très soluble dans l'eau : 100 parties de ce liquide en peuvent dissoudre 14; elle se dissout également dans le sirop simple (dans la proportion de 1 p. 20); mais elle est, en revanche, insoluble dans l'alcool et dans le chloroforme.

Bien que très voisine de la codéine, tant au point de vue de sa composition chimique que sous le rapport de son action physiologique, la dionine s'en distingue, cependant, ainsi que de la morphine, par des réactions tout à fait caractéristiques, réactions sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister ici, mais qui en font un composé bien défini, et très différent des deux sels susmentionnés.

La dionine est donc un succédané de la morphine et de la codéine; au dire de ceux qui l'ont déjà employée, Ludwig Hesse, entre autres, elle serait aussi efficace que la morphine avec cette différence qu'elle est moins toxique et parfaitement tolérée par le tube digestif.

En Allemagne, d'où elle nous vient, la dionine est déjà d'un usage assez courant dans les hôpitaux et dans les cliniques privées. On en a obtenu des résultats très encourageants en la prescrivant contre plusieurs affections des voies respiratoires : tuberculose pulmonaire, bronchites chroniques; elle rendrait de très réels services aux asthmatiques, en arrêtant la dyspnée et en procurant aux malades un sommeil tranquille et réparateur.

La dionine s'administre aux mêmes doses que la codéine; en voici un exemple :

Dionine 1 centigr.
Poudre de guimauve 2 —
Miel Q. s.
pour 1 pilule n° 10.

Prendre 2 à 3 pilules dans les vingt-quatre heures.

Nous avons déjà dit que la dionine ne donnait jamais lieu à des accidents d'intolérance tels que : à ce titre, elle serait plus recommandable que la morphine et que la codéine.

RENSEIGNEMENTS

Poste à céder. — Département du Calvados; rapport, 10,000 francs dont 1,000 fixe. Médecin chemin de fer. S'adresser à M. le Dr Sébillotte, 11, rue Croix-des-Petits-Champs.

Bonne clientèle en Vendée; rapport, 8,000 francs. S'adresser à M^{me} veuve Regnier, 60, rue de Brioux, à Niort (Deux-Sèvres).

NOUVELLES

Paris et Départements.

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Le jury est définitivement constitué de la manière suivante: MM. Joffroy, Barth, Moutard-Martin, Merklen, Landrieux, Cruveilhier, Ménétrier.

Clinique d'accouchements Baudelocque. — M. BAUDELOUQUE, accoucheur des hôpitaux, commencera le jeudi 16 Février 1899, à 2 h. 1/2, un cours clinique et pratique de gynécologie.

Ce cours sera complet en dix-huit leçons, et aura lieu à la clinique Baudelocque, les jeudis et samedis à 2 h. 1/2, et le mardi, à 10 heures du matin.

Le prix du cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits.

Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Conférences d'externat. — MM. C. DAMBRIN, L. DELBERG, H. GÉBAUD, L.-G. SIMON, internes en médecine des hôpitaux, commenceront le vendredi 17 Février, à 3 h. 1/2, dans l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), une conférence d'externat et la continueront les vendredis suivants à la même heure.

MM. BALTRAZARD, EMILE COUDRY, MORICHAU-BEAUCHAMP et SIBROL, internes des hôpitaux, commenceront le jeudi 16 Février, à l'amphithéâtre Trousseau, Hôtel-Dieu, à 3 h. 1/2, une conférence d'externat qu'ils continueront les jeudis suivants, à la même heure.

Société médico-chirurgicale de Paris. — Le banquet annuel de la Société aura lieu le jeudi 23 Février, à 7 h. 1/2 très précises, au restaurant Durand, 2, place de la Madeleine. La cotisation est de 16 francs. Envoyer son adhésion le plus tôt possible à M. E. Philibert, 34, boulevard Beaumarchais.

Les médecins de la préfecture. — En conformité d'une délibération du Conseil municipal du 28 Décembre relative à l'unification des divers services médicaux de la préfecture de la Seine, M. de Selves vient de prendre un arrêté réorganisant ce service comme suit :

Paris est divisé en 11 circonscriptions ayant chacune leur médecin; un douzième médecin, portant le titre de médecin en chef de la préfecture, est chargé de la surveillance du service et recevra un traitement annuel de 6,000 francs; ses 11 adjoints ne seront payés que 1,200 francs chacun, mais il leur sera en outre alloué une indemnité proportionnelle au nombre de leurs visites et de leurs consultations.

Le service des 11 médecins de circonscription, qui prendront le titre de *médecins de la préfecture de la Seine*, sera de constatation et de contrôle seulement à leur cabinet ou au domicile des malades, selon que ceux-ci pourront ou non se déplacer; mais en ce qui concerne les agents de l'octroi ainsi que les ouvriers du service de l'inspection des machines, ils devront, comme par le passé, donner leurs soins pendant tout le temps nécessaire à ceux des agents qui les réclameraient.

C'est M. Delaporte qui est nommé médecin en chef de la préfecture de la Seine. Ses collaborateurs sont : MM. d'Ebercar, Pascalis, Dandieu, Cornet, Moussand, Laugier, de Cours, Millet, Bloch, Brochin et Vauthier.

Ces médecins auront suppléés en cas d'absence ou de maladie par des médecins-adjoints qui seront recrutés au concours et qui recevront le titre de médecins-adjoints de la préfecture de la Seine. Les médecins-adjoints seront titularisés d'après leur ordre d'admission au fur et à mesure des vacances qui se produiront.

Médecins et mutualistes. — Le Syndicat médical de Nîmes vient, par une nouvelle circulaire, de rouvrir le conflit existant entre les syndicats médicaux et les Sociétés de secours mutuels. Il déclare que si les solutions de ce problème sont variées, le moment est venu de mettre un terme à l'exploitation du corps médical par des collectivités dont les gémissements ont pour but, dit-il, de nous faire oublier que leur capital actuel dépasse 200 millions.

La Société de médecine de Nîmes maintient intégralement les décisions de sa précédente circulaire adressées aux présidents de Sociétés de secours mutuels. Elle compte sur l'appui de tout le corps médical et ajoute qu'elle serait désolée que les nécessités de sa défense l'amènent à ce résultat regrettable de ne plus reconnaître aucune Société de secours mutuels quelle qu'elle fût.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté, pendant la 5^e semaine, 969 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente, mais sensiblement inférieur à la moyenne (1082) des semaines de Février des cinq années précédentes. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (en outre 2 décès, notifiés tardivement, survenus pendant la semaine précédente; la moyenne est 6.) Parmi eux, 3 décès concernent le quartier Rochechouart. La coqueluche (14 décès) dépasse sensiblement la moyenne (6), la rougeole (15 décès), la scarlatine (2), la diphtérie (9) sont au-dessous des chiffres moyens. La variole a causé 1 décès.

La diarrhée infantile, toujours rare en hiver, n'a causé que 22 décès de 0 à 1 an.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 138 décès, au lieu de 113 pendant la semaine précédente, et au lieu de 183, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 27); bronchite chronique, 40 décès (au lieu de la moyenne 39); broncho-pneumonie, 43 décès (au lieu de la moyenne 58); pneumonie, 46 décès (au lieu de la moyenne 59).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 62 décès, dont 48 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La ptisie pulmonaire a causé 172 décès (au lieu de la moyenne 202); la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 25 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 53 décès; les maladies organiques du cœur, 68 décès; le cancer a fait périr 53 personnes. Enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Étranger.

— M. Hans Held, assistant à l'Institut anatomique de l'Université de Leipzig, est nommé professeur extraordinaire.

— M. Wolf Pauli est nommé privat-docent de médecine interne à l'Université de Vienne, M. Ludwig Knapp privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université allemande de Prague, et M. de Senkowski privat-docent de toxicologie à la Faculté de médecine de Cracovie.

— Un journal allemand annonce la découverte d'un nouvel anesthésique, par MM. Einhorn et Heinz, qui lui ont donné le nom de *nirvanine*. Cet anesthésique est soluble dans l'eau et, par conséquent, se prête parfaitement aux injections sous-cutanées. Il est beaucoup moins toxique que la cocaïne. Son effet calmant dure longtemps et il est accompagné d'une puissante action antiseptique.

BIBLIOGRAPHIE

H.-W. Middendorp. — *La cause de la tuberculose d'après M. R. Koch et sa méthode curative* (GROENINGE, 1897.)

Dans cet étrange mémoire, l'auteur soutient la thèse plutôt inattendue de la non-spécificité du bacille de Koch.

Pour M. Middendorp, le microorganisme en question n'a absolument rien à voir avec le processus dit tuberculeux, et la preuve, c'est qu'il n'a jamais pu le trouver ni dans les granulations grises, ni dans les granulations jaunes, ni dans les cavernes fermées!

Après une telle profession de foi, l'auteur n'avait plus aucune raison de se gêner pour faire bon marché de la sérothérapie antituberculeuse.

J. B.

F. Vermeersch. — *La lutte contre la tuberculose ou l'hygiène et la ptisie en Belgique*. 1. vol. in-8° carré, de 300 pages (de MESTREX, Bruxelles).

F. Terrier et E. Reymond. — *Chirurgie du cœur et du péricarde*. 1. vol. in-12, de 212 pages, avec 79 figures, cartonné à l'anglaise. Prix : 3 fr. (FELIX ALCAN, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le Vin de Vivien

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES



SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON

KELENE

* Chlorure d'Éthyle pur *. — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac.

DEBIT DE LA SOURCE :
30 Millions de Bouteilles
PAR AN
Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897.

PRÉPARATIONS DE MALT
DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT
A LA QUININE INSIPIDE

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Vente en Gros : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

Huile de foie de morue synthétique
Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonicus des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, élixirs, etc.

MORUINE SOUQUE Préparée par E. FALIERES
GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi plus puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.
Sous trois formes :
CACHETS..... FALIERES, A 0gr.25 } De Glicérophosphate
PILULES..... FALIERES, A 0gr.10 } de Quinine
SUPPOSITOIRES FALIERES, A 0gr.25 }
E. FALIERES & Co, à Libourne et Pharmacies

AFFECTIONS des BRONCHES et de la GORGE

Sirop et Pâte
DE

PIERRE LAMOUROUX



Ces préparations béchiques, composées de principes mucilagineux et expectorants, sont en même temps sédatives au plus haut degré. Leur saveur aromatique et agréable ainsi que leur innocuité en rendent l'administration très facile, et à ce double titre elles constituent de précieux auxiliaires dans la médecine infantile.

MODE D'EMPLOI. — Il convient de n'en faire usage que **deux heures, au minimum, avant ou après les repas.**

Dose { Sirop } 2 à 6 cuillerées à soupe, par jour, aux adolescents et adultes.
 { Pâte } 2 à 4 cuillerées à café, par jour, aux enfants au-dessus de 2 ans.
 { Pâte : 2 à 6 tablettes par jour.



ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, PARIS

DÉPÔT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de L'ÉTRANGER

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

CHORÉE VARIABLE, par M. E. BRISSAUD 73

LE GANGLION LYMPHATIQUE NORMAL ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE, par MM. FERNAND BEZANÇON et MARCEL LABBÉ (avec 3 figures en noir) 74

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Nouvelle table gynécologique, par M. JAYLE (avec 6 figures en noir) 79

ANALYSES

Obstétrique et gynécologie : Les kystes des corps jaunes, par M. EUGÈNE FRANKEL. — Péritonéopexie de l'utérus pratiquée par la voie vaginale pour traiter les rétroflexions de cet organe, par M. SIGMUND GOTTSCHALK. — L'hyperostéose alvéolaire totale et le cancer de l'utérus, par M. FENKEL. 80

Neurologie et psychiatrie : Dégénérescence et stigmates mentaux par malformation de l'écorce, myoclonie épisodique ; acromégalie possible. (Paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Reiklinghausen), par MM. E. FREINDEL et P. FROISSARD. — Régénération des fibres nerveuses dans le système nerveux central, par M. L. WORCESTER. 80

Le concours de l'internat en 1898, par M. CH. FÉRET. 61

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Radiographies instantanées, M. HAYEM. — L'Académie de médecine de Paris au centenaire de l'Académie impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg, M. LANDOUZY. — Sur l'apandicite, M. FERRAND. M. PINARD. — Résultats éloignés de vingt gastro-entérostomies, MM. HARTMANN et SOUTHAULT. — Nouvelle méthode d'examen quantitatif et qualitatif des albuminoïdes, diastases, toxines, leucocytines, alcaloïdes, notamment ceux des urines, M. P. CHIBRET. 62

Société de biologie : A propos des leucocytes dans la chlorose, M. HAYEM. — Attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale, MM. G. BALLEL et M. FAURE. — Sur quelques caractères du méningococque, MM. THIÉRGELIN et ROSENTHAL. — Effets de l'asphyxie sur les contractions utérines, MM. CHAMBRELENT et PACIGNON. — Modifications du sang dans l'asphyxie, M. GARRIÈRE. — Rôle de la corne dans l'absorption des collyres, MM. ULLY et PRÉZANES. — Réaction de Widal dans la fièvre typhoïde, M. PASCART. — Embolie osseuse de l'artère pulmonaire, M. RAILLIET. — Myographie, M. WEISS. — Structure des vaisseaux conjonctifs, M. ZACHARIADÉS. 63

PRATIQUE MÉDICALE

L'antisepsie pulmonaire par la voie rectale chez les phthisiques. 63

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 23 Février 1899, à 1 heure. — M. DE JAEGER : Les rayons Röntgen et la pleurésie interlobaire ; MM. Potain, Lancereaux, Gaucher, Vidal. — M. COUZIN : Accidents aigus de la tuberculose des capsules surrénales ; MM. Potain, Lancereaux, Gaucher, Vidal. — M. BLOCH : Etude clinique sur la cause la plus fréquente et la moins connue des déviations utéro-annexielles et des douleurs qu'elles engendrent ; MM. Pinard, Landouzy, Gilles de la Tourette, Varnier. — M. WEINCKER : Des gangrènes périphériques par embolie au cours des pleurésies avec épanchement ; MM. Landouzy, Pinard, Gilles de la Tourette, Varnier.

Judi 23 Février 1899, à 2 heures. — M. NARBONNE : Kystes du canal de Nück ; MM. Guyon, Debove, Troisier, Hartmann. — M. MOLINÉ : Traitement du delirium tremens suraigu par les bains froids ; MM. Debove, Guyon, Troisier, Hartmann. — M. RUBINOT : Contribution à l'étude de la symphysectomie ; MM. Budin, Maygrier, Marfan, Albarran. — M. LEHMANN : De l'infection amniotique et de ses conséquences pour l'enfant ; MM. Budin, Maygrier, Marfan, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série), N. R. : MM. Lannelongue, Sébilleau, Varnier. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série), N. R. : MM. Blum, Lepage, Broca (Aug.). — 3^e Oral (Première partie) (3^e série), A. R. : MM. Pinard, Lejars, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Humbert, Reclus, Mauclair. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Vidal, Dupré. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Lancereaux, Méry.

Mardi 21 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Gariel, Rémy, Langlois. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, André. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Guyon, Berger, Albarran. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Le Dentu, Thilery, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jacquod, Achard, Vaquez. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Maygrier, Bonnaire.

Mercredi 22 Février 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Terrier, Sébilleau, Legueu. — 2^e Nouveau régime : MM. Gautier, Ch. Richet, Launois. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Blanchard, Rémy, Desgrez. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Lannelongue, Mauclair, Lepage.

Judi 23 Février 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Panas, Richelot, Faure. — 2^e Nouveau

régime : MM. Rémy, Gley, Chassevant. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Quénu, Bonnaire, Thiéry. — 4^e Laboratoire de pharmacologie. Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Chantemesse, Ménétrier.

Vendredi 24 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Gariel, Rémy, Launois. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Potain, Lancereaux, Teissier. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Tillaux, Blum, Walther. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Humbert, Broca (Aug.), Reclus. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Joffroy, Vidal, Dupré. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 25 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Rémy, Hanriot, Langlois. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard, André. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Roger. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Pitié : MM. Cornil, Troisier, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Pitié : MM. Chantemesse, Hallopeau, Thiruloix. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Maygrier, Bonnaire.

LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN 1898

Le concours de l'Internat vient de se terminer. Il a fait beaucoup d'heureux, puisqu'il a donné 81 internes titulaires et 60 provisoires. J'applaudis très sincèrement au succès des nouveaux élus, parce que ce succès est la récompense méritée d'efforts persévérants et qu'il a été chaudement disputé.

Les épreuves de ce concours ont montré, je me plais à le reconnaître, que les candidats avaient fourni un travail considérable, et sous ce rapport, il n'y a assurément que des éloges à leur donner ; et cependant le résultat obtenu, pris dans son ensemble, est-il satisfaisant ? Est-il ce qu'on devait attendre de l'effort dépensé ? Je n'en suis pas convaincu : après avoir, comme membre du jury, suivi attentivement tout le concours, il m'a paru qu'un grand nombre des épreuves avaient été relativement faibles, ou du moins qu'elles avaient présenté des défauts que l'on n'aurait pas dû y trouver. Je voudrais signaler ici quelles ont été, à mon sens, les déficiences du concours, en rechercher les causes et, chemin faisant, tâcher d'indiquer les moyens d'y remédier.

Il va de soi que, si je parle en mon nom, c'est pour ne pas engager l'opinion de mes collègues du

CARABANA PURGE GUÉRIT

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^e, 26, rue des Roisiers, Paris et Pharmacies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 13, 15 FÉVRIER 1899.

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

GUILLIERMOND

SIROP IODO-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

LAURENOL

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure.

DRAGÉES de FER COGNET

Protocollate de Fer et Quassine cristallisée.
 LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
 Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINT-GALMIER BADOIT

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

jury; mais je dois dire que les réflexions qui vont suivre résultent en partie des conversations que j'ai eues avec plusieurs d'entre eux et des idées que nous avons échangées au cours de nos délibérations.

Le principal défaut, à la fois le plus général et le plus saillant, est l' inexpérience. On sent que les candidats ne connaissent pas, ne possèdent pas ce dont ils ont à parler; ce qu'ils en savent a été appris par cœur; c'est plus ou moins bien entendu, ce n'est pas vu, ce n'est pas vécu. Et pourquoi en est-il ainsi? C'est qu'ils n'ont pas fait marcher concurremment les études pratiques et les études théoriques; ils veulent apprendre l'anatomie et la pathologie dans les livres, exclusivement dans les livres, travail formidable et infructueux, au lieu de le studier en même temps sur la table d'amphithéâtre, le scalpel en main, et à l'hôpital, au lit des malades; il est cependant certain que c'est dans ce double travail simultané que réside la vraie méthode, la seule productive, animée, vivante, j'ajoute la seule utile, parce que les connaissances acquises par la mémoire seule sont fugaces et éphémères, tandis que celles qui ont été acquises par l'expérience pratique demeurent fixées dans l'esprit.

Un second défaut, qui a été très frappant et non moins surprenant, c'est l'insuffisance des connaissances élémentaires. Plus les questions posées paraissent simples et faciles, moins les épreuves des candidats étaient satisfaisantes. Cela montre, à n'en pas douter, que les élèves se sont engagés dans l'étude des parties les plus compliquées de l'anatomie et de la pathologie avant d'en posséder les éléments.

Défaut grave, à ce qu'il me semble, parce que les notions élémentaires sont la base la plus solide de toutes les connaissances, et que, d'autre part, ce sont celles qui servent le plus dans l'application pratique. A quoi tient cette seconde déficuosité? Il me paraît probable qu'elle est due à ce que les élèves entreprennent trop tôt la préparation des concours, et qu'ils abordent cette préparation difficile avec des connaissances préliminaires insuffisantes. J'entends dire que ceux qui veulent suivre la voie des concours se mettent, dès leur première année de médecine, à préparer le concours de l'externat, et à suivre des conférences en vue de ce concours.

Là, ils étudient quelques questions, celles qui ont été déjà données dans les concours antérieurs, sans s'occuper de l'étude méthodique des différentes parties de l'anatomie et de la pathologie. Reçus externes, ils ne font que changer de conférence: ils s'attachent alors à des questions plus difficiles, et désormais, ils se désintéressent presque des questions élémentaires qui défrayaient les conférences d'externat; d'où ce résultat singulier que les externes de troisième année, qui se représentent à l'externat, en même temps qu'ils concourent pour l'Internat, font souvent moins bonne figure au concours de l'externat qu'à celui de l'Internat, parce qu'ils sont moins aptes à traiter des questions élémentaires que des questions plus compliquées. Ne vaudrait-il pas mieux, au début des études, consacrer les deux premières années à disséquer et à fréquenter l'hôpital, à prendre des leçons de choses, leçons si utiles pour les commençants, assises solides de l'éducation ultérieure? Viendraient ensuite les conférences, qu'on suivrait, sans abandonner l'amphithéâtre ni l'hôpital, à titre d'exercice d'entraînement.

Un troisième défaut résulte encore du mode de travail que suivent les élèves et est imputable au régime des conférences: je veux parler de l'existence de lacunes fâcheuses dans les questions les plus importantes. Il est d'usage, dans les conférences, de ne donner à étudier que la partie d'un sujet qui a chance d'être donnée au concours, à l'exclusion des autres parties; par suite, les candidats ne préparent que la première et laissent de côté les autres. Un exemple: à propos de la scarlatine, on prépare les complications, on ne s'occupe pas de la maladie elle-même, et s'il arrive, comme cette année, que le jury donne à traiter les symptômes et le diagnostic, voilà les candidats dérouterés: ils ne savent guère l'évolution régulière de la maladie, et la plupart d'entre eux, après quelques mots sur la question proposée, versent dans les complications qu'on ne demandait pas. Nous en avons eu un autre exemple, au dernier con-

ours, à la composition écrite d'anatomie: la question proposée, l'S iliaque, a été défavorable à la plupart des candidats, elle a été un désastre pour quelques-uns. On a prétendu que la question n'était pas bonne, parce que l'anatomie de cette partie de l'intestin a été renouvelée dans ces derniers temps, parce que l'S iliaque appartient à la fois à la région abdominale et à la région pelvienne, parce que ses rapports ne sont pas fixes, etc. Ce ne sont pas là, j'en suis convaincu, les vraies raisons, mais bien plutôt que cette question ne figure pas dans le programme des conférences: on y étudie le cœcum, le rectum, le gros intestin, on ne s'occupe pas particulièrement de l'S iliaque. Et c'est ainsi que des candidats très laborieux et très méritants se trouvent quelquefois désemparés, s'ils ont la mauvaise chance de rencontrer au concours une question qui n'a pas été traitée dans leur conférence.

J'ai parlé plusieurs fois des conférences et je leur ai attribué quelques-uns des défauts que je viens de relever. Je les crois pourtant très utiles, nécessaires même par le stimulant que donne le travail en commun, par l'habitude qu'elles font acquérir de traiter une question quelconque en un temps déterminé, de dresser des plans méthodiques et de parler en public. Mais, à côté de ces avantages, elles ont quelques inconvénients, et telles qu'on les applique, je crois qu'il y a abus. Elles devraient servir moins à apprendre qu'à faire valoir ce qu'on a appris; elles ne devraient pas absorber tout le temps des élèves depuis le début de leurs études jusqu'à leur arrivée à l'Internat. Elles devraient donner de bonnes méthodes d'exposition et de bons plans de questions, habituer à mettre les choses dans leur valeur relative, développer le jugement plutôt que la mémoire; elles ne devraient pas insister sur les petits trucs, les petites ficelles, les citations d'auteurs qu'on n'a pas lus, prétendus avantages qui sont loin de produire l'effet qu'on en attend. Avec le système actuel des conférences, les candidats sont presque tous dans le même moule, on sent que les questions sont édifiées sur le même plan tout fait d'avance, souvent apprises dans le même livre, celui qui les traite n'y apportant que par exception une note originale, quelque peu personnelle. Et s'il arrive, comme cela s'est produit cette année pour la composition écrite de pathologie, que le manuel où presque tous les candidats ont préparé la question proposée contienne une inexactitude, on trouve la faute reproduite dans la plupart des copies avec une monotonie fâcheuse. Combien ne vaudrait-il pas mieux que les candidats édifiassent eux-mêmes un certain nombre de questions avec les connaissances qu'ils ont acquises dans les livres, à l'hôpital et à l'amphithéâtre, montrant ce qu'ils possèdent et ce qu'ils savent plutôt que ce que leur mémoire a conservé de ce qu'ils ont appris par cœur.

Enfin il y a encore un défaut très général, c'est que le savoir des élèves est très superficiel et qu'il manque de solidité: assurément ils savent beaucoup de choses, je suis même surpris qu'ils en sachent autant; mais, il y a très peu de choses qu'ils sachent bien. J'ai hâte d'ajouter que ce défaut me paraît à peu près inévitable dans les conditions actuelles d'un concours qui, comme celui de l'Internat, n'a pas de programme déterminé et limité. L'ensemble des matières qu'on demande aux candidats de connaître est énorme puisqu'il comprend toute l'anatomie, toute la pathologie médicale et chirurgicale, et même les accouchements. Comment veut-on qu'un élève puisse, en quatre ou cinq ans, parcourir un aussi vaste champ d'études? Toutes ces parties de la médecine ont fait et font encore chaque jour d'immenses progrès, mais leur étude est devenue par là même de plus en plus longue et difficile. L'encyclopédie médicale est maintenant à peu près inabordable pour les médecins qui travaillent toute leur vie; comment veut-on que des jeunes gens, même parmi les intelligents et les laborieux comme sont les candidats à l'Internat, puissent la posséder? Ici, comme ailleurs, il paraît forcé que la qualité des connaissances diminue à mesure que la quantité augmente. En fait, je crois pouvoir dire que, de mon temps (il y a bientôt quarante ans!), les candidats à l'Internat savaient beaucoup moins de choses que les candidats actuels, mais qu'ils savaient mieux ce qu'ils savaient. Cela est inévitable, je le répète, parce que la capacité cérébrale a des limites: « Qui trop embrasse mal étreint ». Je crains qu'il n'y ait là un grand désavantage; je pense qu'il est fâcheux que de jeunes

hommes, dans la partie la plus laborieuse de leur vie, prennent l'habitude de se contenter d'études superficielles et incomplètes: comme l'a dit un philosophe, il vaut mieux savoir quelque chose que de paraître n'ignorer rien.

A ce défaut grave, quel est le remède? Je n'ai pas la prétention de l'indiquer; mais j'incline à croire qu'il serait avantageux, à ce point de vue, que le concours de l'Internat fût et restât un concours élémentaire. Il y aurait sans doute de grandes difficultés à écarter certaines parties de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique; il n'y aurait guère plus de chances d'arriver à se mettre d'accord sur un programme fixe; mais je crois qu'il serait bon que, dans les études préparatoires des élèves et dans les questions proposées par les jurys, on ne s'écartât pas des éléments. Ceux des candidats qui seraient capables, dans cette limite, de faire preuve de connaissances solides, deviendraient, à n'en pas douter, d'excellents internes.

Voilà les réflexions que m'a suggérées le dernier concours. En me permettant quelques critiques que je crois fondées, je n'ai pas eu d'autre mobile qu'un intérêt très sincère à l'Internat et l'ambition de le voir toujours prospère et florissant.

CH. FERNET,

Président du Jury du Concours de l'Internat en 1898.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Février 1899.

Radiographies instantanées. — M. Hayem présente une série de radiographies de thorax et de membres obtenues par M. Lenoir avec une pose de quatre à cinq secondes chez l'adulte, une pose instantanée chez l'enfant.

L'Académie de médecine de Paris au Centenaire de l'Académie impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg. — M. Landouzy rend compte de la mission que lui avait confiée l'Académie de médecine de la représenter aux fêtes du Centenaire de l'Académie impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg.

Ces fêtes ont eu un éclat exceptionnel que justifient le premier rang qu'occupe l'Académie militaire de médecine parmi les Ecoles supérieures de Russie, et le patronage de S. M. l'Empereur, qui en est le président d'honneur.

Le but principal de l'Académie impériale de Saint-Petersbourg est de former des médecins pour les ministères de la guerre et de la marine. Elle jouit de tous les droits des Facultés de médecine russes; mais elle est entièrement indépendante de l'Université de Saint-Petersbourg. Elle possède, en outre, certaines prérogatives, comme celle de conférer à ses professeurs ordinaires le titre d'académicien.

C'est en vertu de ce pouvoir que l'Académie impériale a conféré à MM. Landouzy, Laveran et Roux, membres de l'Académie de médecine, et à MM. d'Arsonval, Berthelot, Bouchard, Brouardel, Duclaux, Guyon, Lannelongue, Marey, Ollier et Bavvier, membres de l'Académie des sciences, le titre de membre honoraire. M. Jaccoud est déjà depuis quatorze ans membre honoraire.

L'Académie impériale de médecine a été fondée le 18 Décembre (style russe) 1798 par l'Empereur Paul I^{er}, en même temps que l'Ecole des cadets.

A l'invitation de l'Académie impériale de médecine de fêter son centenaire, avaient répondu la plupart des corps savants du monde entier.

Les membres de l'Académie impériale ont tenu à ce que, dans toutes les cérémonies, M. d'Arsonval, délégué de l'Académie des sciences et du Collège de France, fût placé au premier rang, et M. Landouzy à ses côtés.

A la parade du 21 Décembre, M. Landouzy a été présenté à l'Empereur qui s'est entretenu avec lui, a pris intérêt aux détails qu'il lui donnait sur l'Académie de médecine de Paris, son recrutement et son fonctionnement, et l'a chargé de remercier l'Académie d'avoir répondu de si loin à l'invitation de l'Académie impériale.

A la séance solennelle du centenaire, tenue à la salle de la Noblesse, sous la présidence du général ministre de la guerre, chef principal de l'Académie impériale militaire, M. Landouzy a présenté, au nom de l'Académie de médecine de Paris, une adresse dans laquelle, après avoir montré que, toutes différentes qu'elles soient par leur origine et la nature de leurs attributions, l'Académie impériale militaire de médecine de Saint-Petersbourg et l'Académie nationale de médecine de Paris n'en ont pas moins la même part au mouvement scientifique médical qui restera l'honneur de notre temps.

M. Landouzy « place cette adresse sous l'invocation des plus pures et des plus hautes gloires qui aient mis à l'honneur l'Académie de médecine de Paris », du baron Larrey, de Claude Bernard, de Villenin, d'Alphonse Guerin, de Pasteur, enfin, par ce que « c'est par elles, au

delà des frontières, que brille l'aurore de l'Académie nationale de médecine de Paris, tout comme, par toutes les Russies, retentit l'éclat de l'enseignement de l'Académie impériale militaire de Saint-Petersbourg, tout comme, du dôme gigantesque du sanctuaire Ouspansky, scintillent, sur le Kremlin et la ville impériale, les reflets flamboyants que le soleil, chaque jour, allume aux ors des coupes. »

Sur l'appendicite. — M. Ferrand. On a trop décrit le traitement médical de l'appendicite. Il y a dans l'appendicite une série d'accidents d'intensité différente qui rappellent les accidents de la hernie étranglée, depuis l'engorgement jusqu'à la perforation. Tous ces accidents ne relèvent pas de la chirurgie.

L'opium et surtout la belladone employés contre la douleur, les purgatifs répétés contre l'encombrement stercoral, peuvent permettre d'éviter la péritonite et de guérir l'appendicite d'une manière parfois complète, sans l'intervention de la chirurgie.

M. Pinard. Je me rallie à l'opinion formulée par MM. Dieulafoy et Reclus sur le traitement chirurgical de l'appendicite. Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

Mais il faut pouvoir faire accepter cette intervention des malades et de la famille des malades, ce qui est souvent difficile. Il faut aussi savoir faire le diagnostic de l'appendicite au cours de la grossesse, ce qui est parfois fort malaisé.

Résultats éloignés de vingt gastro-entérostomies. — MM. Hartmann et Soupault. (Sera publié in extenso.)

Nouvelle méthode d'examen quantitatif et qualitatif des albuminoïdes, diastases, toxines, leucocytines, alcaloïdes, notamment ceux des urines.

— M. P. Chibret (de Clermont-Ferrand). Par l'emploi d'un réactif iodo-ioduré très concentré, agissant dans des dilutions acides suffisamment étendues, observées dans des conditions optiques spécialement favorables à la production d'une opalescence étalon, l'auteur a créé une méthode générale d'examen très sensible, permettant de déceler la présence d'une série de formes azotées végétales ou animales, comprenant les albuminoïdes, les alcaloïdes et leurs intermédiaires connus ou inconnus. Il a tiré de cette méthode une technique pour l'évaluation quantitative et qualitative de ces dérivés azotés.

Appliquant la méthode à l'étude des urines, il est arrivé à déterminer numériquement la qualité toxique de l'azote extractif et de l'azote albumineux; il en tire, au point de vue chimique et clinique, des conséquences diagnostiques et pronostiques du plus haut intérêt.

En présence de MM. Armand Gautier, Bar et Lépine, il a fait, à l'hôpital Saint-Antoine, les 11, 13 et 14 du présent mois, des démonstrations entièrement probantes, sur des urines albumineuses dont la provenance lui était absolument inconnue, sur des toxines animales et végétales qu'il n'avait pas encore étudiées et dont il ignorait même la nature.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Février 1899.

A propos des leucocytes dans la chlorose. — M. Hayem. Je tiens à dire, à propos de la dernière communication de MM. Gilbert et Weil¹, que j'ai également constaté, comme ces auteurs, dans la chlorose, des modifications qualitatives des leucocytes : surcharge hémoglobine, hypertrophie d'un certain nombre de globules blancs, noyau volumineux, très granuleux, de certains mononucléaires.

J'ajoute qu'il peut se présenter de très grandes variations d'un cas à l'autre, et même dans les préparations faites d'un jour à l'autre du sang d'un même malade. On peut également trouver, dans le sang des chlorotiques, des globules rouges à noyaux, globules de la petite espèce, avec noyau à petit disque et très colorable. Dès que la réparation sanguine, sous l'influence d'un traitement approprié, survient, on constate la disparition rapide de ces globules rouges à noyaux.

Attaques épileptiformes produites par l'intoxication tabagique expérimentale. — MM. G. Ballet et M. Faure. Nous avons recherché, chez des animaux d'espèces variées, la toxicité du tabac à chiquer. La solution que nous avons employée, en injections sous-cutanées était une macération, de 10 grammes de ce tabac dans 100 grammes d'eau bouillante.

Les effets obtenus à la dose moyenne de 2 centimètres cubes par kilogramme d'animal ont été sensiblement les mêmes pour chaque espèce d'animal, chien, lapin, cobaye. Aussitôt après l'injection, apparaissent des accidents convulsifs d'une intensité plus ou moins grande, mais affectant en général deux types principaux : un premier, rappelant en tous points la grande crise comitiale, avec phase tonique et clonique; un second avec mouvements plus désordonnés, sauts de carpe, secousses généralisées, salutations.

À la suite de ces crises, la mort survient rapidement si l'injection a été poussée à dose suffisante; dans le cas contraire, l'animal se remet plus ou moins rapidement.

Ces faits expérimentaux sont de nature à jeter quelque lumière, d'une part, sur l'histoire des épilepsies toxiques, d'autre part, sur l'étude des accidents, encore incomplètement connus, que l'action du tabac est susceptible de déterminer chez l'homme.

Sur quelques caractères du méningocoque. —

MM. Thiercelin et Rosenthal. Dans un cas de méningite aiguë, nous avons trouvé dans le sang du bras, pendant la vie, et dans le pus des méninges, après la mort, un microbe se présentant, après examen sur lamelles, sous la forme d'un diplocoque lancéolé, capsulé, prenant le Gram quand il était extra-cellulaire. À l'intérieur des leucocytes, on retrouvait, à côté de ce premier type, des diplocoques à capsule moins apparente et se décolorant par le Gram. Dans le bouillon ou sur gélose, en aérobie, les repiquages donnaient des cultures présentant l'aspect du streptocoque. L'inoculation aux animaux réactifs : souris, lapin, rendait au microbe ses caractères et sa forme première.

Effets de l'asphyxie sur les contractions utérines. — MM. Chambrelent et Pachon. Chez des lapines en gestation, nous avons pratiqué la section des pneumogastriques, provoquant ainsi chez ces femelles un état asphyxique prononcé, avec accidents mortels survenant deux à trois jours après la section. Nous n'avons jamais dans ces conditions observé d'avortement, même au cours de la gestation avancée. Il ne semble donc pas qu'on puisse invoquer l'asphyxie comme facteur d'expulsion prématurée.

Modifications du sang dans l'asphyxie. —

M. Carrière (de Lille). J'ai trouvé dans le sang des animaux, soumis à l'intoxication par l'acide carbonique, une éosinophilie très marquée. C'est là un fait expérimental à rapprocher sans doute de ce fait bien connu, de la présence de cellules éosinophiles dans l'expectoration de certains malades (tuberculeux, asthmatiques), dont le jeu régulier de l'hémostasie est si souvent entravé.

Rôle de la cornée dans l'absorption des collyres.

— MM. Ulry et Frézals (de Bordeaux). Nous avons expérimentalement étudié le mode de pénétration dans la chambre antérieure des substances déposées à la surface du globe oculaire en solution aqueuse, huileuse ou en pommade.

Il ressort de nos expériences que les collyres aqueux déposés à la surface oculaire pénètrent dans la chambre antérieure par l'intermédiaire de la cornée. Il n'en passe par la conjonctive que des quantités infinitésimales. Dans l'absorption des collyres aqueux, la cornée se comporte comme une série de membranes superposées à perméabilité différente. La cornée n'absorbe pas les corps gras. Les substances actives déposées sous forme de pommades ou de collyres huileux dans le sac conjonctival, pénètrent dans la chambre antérieure par l'intermédiaire des larmes qui les dissolvent.

Réaction de Widal dans la fièvre typhoïde. —

M. Parnat (d'Alger) envoie un certain nombre de courbes de mensurations du pouvoir agglutinant chez les typhiques, prises au cours de la période fébrile.

Embolie osseuse de l'artère pulmonaire. —

M. Railliet lit une note sur un cas curieux d'embolie osseuse de l'artère pulmonaire chez un animal qui succomba au cours de la gestation. On trouva dans l'artère pulmonaire un cartilage costal d'un des fœtus, cartilage qui s'était frayé une route à travers l'utérus perforé, jusqu'à la veine cave inférieure, le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

Myographie. — M. Weiss rapporte certains faits relatifs à l'influence de la traction sur la contractilité et l'excitabilité musculaire.

Structure des faisceaux conjonctifs. — M. Zachariadès présente le résumé de ses recherches sur l'action des alcalins sur les faisceaux conjonctifs.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

L'antisepsie pulmonaire par la voie rectale chez les phtisiques.

Pour réaliser l'antisepsie pulmonaire, si importante en l'espèce, chez les phtisiques, M. Bouteron conseille d'avoir recours aux lavements de créosote, pour lesquels il donne la formule suivante :

Créosote pure de goudron de hêtre. V à XX gouttes.
Jaune d'œuf (facultatif) N° 1.
Huile d'olives (ou d'amandes douces ou de faines) 60 à 100 gr.

ou bien :

Gaiacol cristallisé fondu à une douce chaleur 0 gr. 20 à 1 gr.
Huile 50 grammes.

Le lavement, ni froid ni chaud, pour ne pas exciter le péristaltisme intestinal, sera donné le soir, au moment où le malade se couche, aussi longtemps

que possible après le dernier repas. Il est inutile d'y ajouter du laudanum, sauf dans les cas d'intolérance extrême, attendu qu'il n'est pas sans inconvénient, à tous les points de vue, d'opiacer ces malades.

Il est encore à conseiller, pour ces lavements, l'usage d'une poire en caoutchouc ayant juste la contenance voulue; avec les irrigateurs, en effet, une partie du liquide se perd ou reste dans le tuyau; avec une poire trop grande, on risque d'injecter de l'air qui provoquera des coliques et du gonflement abdominal.

Enfin, une précaution qu'on ne devra pas négliger consiste à faire toujours précéder le lavement médicamenteux d'une injection d'eau bouillie, destinée à laver les surfaces absorbantes.

Les lavements peuvent être remplacés par des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Créosote pure de goudron de hêtre. 30 à 50 centigr.
Beurre de cacao 4 grammes.

Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

ou bien :

Gaiacol pur 20 à 50 centigr.
Beurre de cacao 4 grammes.

Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. Election de deux membres correspondants nationaux (1^{re} division). — Les candidats présentés étaient : en 1^{re} ligne : M. Moniez (de Lille); en 2^e ligne : MM. Brunon (de Rouen), Coyne (de Bordeaux), Vincent (de Rochefort); en 3^e ligne : MM. Catrin (de Valenciennes) et Lalesque (d'Arcahon).

1^{re} élection : Au premier tour de scrutin, M. Moniez est élu par 38 suffrages contre 9 à M. Brunon, 9 à M. Coyne, 9 à M. Vincent, 5 à M. Catrin et 1 bulletin blanc sur 71 votants.

2^e élection : Au premier tour de scrutin, M. Brunon a obtenu 35 suffrages, M. Coyne 8, M. Vincent 19, M. Catrin 6; il y a eu 2 bulletins blancs.

Au second tour de scrutin, M. Brunon est élu par 47 suffrages, contre 3 à M. Coyne, 16 à M. Vincent, 3 à M. Catrin, sur 69 votants.

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. — La première séance de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, a eu lieu le vendredi 3 Février, sous la présidence de M. Hervieux, membre de l'Académie de médecine, doyen d'âge.

Le bureau pour 1899 est ainsi composé : *Président* : M. Pinard; *vice-président* : M. Terrier; *secrétaire général* : M. Varnier; *secrétaires annuels* : MM. Baudron, Legueu; *archiviste* : M. Potocki; *trésorier* : M. Champetier de Ribes.

MM. Hervieux, membre de l'Académie de médecine; P.-J. Hergott, membre correspondant de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté de Nancy; Moussous, professeur honoraire à la Faculté de Bordeaux, ont été nommés membres honoraires.

Les réunions ont lieu le premier vendredi du mois, à 8 h. 1/2, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

Ordre du jour de la prochaine séance : Des opérations pratiquées sur l'utérus au point de vue de la grossesse et des accouchements ultérieurs.

Banquet à M. A. Gombault. — Nous rappelons que les amis et les élèves de M. A. Gombault ont décidé de lui offrir un banquet à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le professeur Brouardel, le 22 Février 1899, au restaurant Marguery, à 7 h. 1/2.

Prière de se faire inscrire chez MM. Esmonet, interne à l'hospice d'Ivry, Castaigne, interne à l'hôpital Cochin, ou Cl. Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière. La cotisation est fixée à 20 francs.

Étranger.

— M. Kummel, privat-docent d'oto-rhinologie à l'Université de Breslau, est promu au rang de professeur extraordinaire.

— Le projet de loi portant création de tribunaux d'honneur pour les médecins est venu en discussion en première lecture à la Chambre des députés de Prusse.

Le professeur Virchow en a fait une critique très vive. Il a qualifié la loi de draconienne et prétendu que, loin de relever la dignité de la corporation, elle implique bien plutôt, par sa signification injurieuse, un amoindrissement de cette dignité. Si le projet n'est pas amendé dans un sens plus libéral, il ne le votera pas.

Le ministre de l'instruction publique a répondu qu'en déposant ce projet, le gouvernement n'avait fait que se conformer aux vœux mêmes des médecins, puisque sur douze chambres de médecins existant dans le royaume, dix se sont prononcées en faveur d'une réglementation de ce genre.

Enfin, la loi a été renvoyée à une commission de quatorze membres.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1899, n° 11, page 33.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médicaments créosotés et phosphatés.
- 4° Action thérapeutique : **Suppression de la Toux et des Sueurs ; Augmentation de l'Appétit ; — Relèvement de l'acidité urinaire.**

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal ; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { Se combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.

LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

HÉMORRHAGIES ANÉMIE **LYMPHATISME CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

Tanniforme

COMBINAISON DE FORMALDÉHYDE ET D'ACIDE TANNIQUE

Spécifique contre les Sueurs profuses ET TOUS LES INCONVÉNIENTS QU'ELLES ENTRAINENT

Excellent remède pour combattre un grand nombre de maladies cutanées : Ozène, Leucoplasie buccale, Balanites, Eczéma, Bromhydrose, Eschares de decubitus, Hémorrhoides, Intertrigo, Ulcères de jambe, etc. etc.

E. R. W. Frank, Monatsschr. f. pract. Dermatologie, 1896, XXIII. — De Buck u. de Moor, Therap. Wochenschrift, 1896, No. 43. — A. Hoff, Aerztl. Centralanzeiger, 1897, No. 31. — M. Ebersohn, Aerztl. Centralanzeiger, 1897, No. 30. — J. Munk, Aerztl. Centralanzeiger, 1897, No. 35. — Ferd. Kapper, Aerztl. Centralanzeiger, 1898, No. 6. — L. Basse, Apoth.-Zeltung, 1898, No. 54. — S. Ehrmann, Wiener med. Blätter, 1898, No. 46. — A. Fasano, Archivio internazionale di Medicina e Chirurgia, 1898, VII. — D. Monti u. P. Dragont, Gazzetta medica Lombarda, 1898, LVII, No. 35. — Giovanni Vello, Il Raccoglitore medico, 1898, No. 6. — L. Gabella, Bollettino delle Levatrici Agosto, 1898.

ENVOI GRATUIT D'ÉCHANTILLONS ET NOTICES SUR DEMANDE ADRESSÉE A

E. Merck

Fabrique de Produits chimiques, DARMSTADT

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 3, quai de Retz LYON

Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)

Phosphite de Gaïacol, synonyme "GAÏACOPHOSPHAL" (Déposé)

GRANULÉE
1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue... Le grand flacon 5 fr.

DRAGÉES
1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.

ÉLIXIR
On croitrait boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.

SIROP
1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques



Délicieuse au goût

La Pangaduline

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : **Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète.** Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS
SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA

PRESSE MEDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
Secrétaire GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — **P. DESFOSSÉS**
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

TROUBLES DE L'ÉVOLUTION DES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ALBUMINURIQUES, par M. C. GIRAudeau. 81
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE 20 GASTRO-ENTÉROSTOMIES, par MM. H. HARTMANN et M. SOUFAULT. 83

ANALYSES

Médecine expérimentale : Formation de cellules géantes par l'introduction du sérum sanguin coagulé dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, par M. L. HENRIOT. 84
Chirurgie : Extirpation abdomino-vaginale du rectum cancéreux, par M. CARL SCHWARZ. — Transillumination de l'estomac, par M. C. AARON. 84
Obstétrique et gynécologie : Traitement du prolapsus complet de l'utérus par l'hystérectomie vaginale totale, par M. O. FUCHS. 84
Médecine publique et hygiène : Syphilis et réglementation de la prostitution, par M. DECK. — Du pouvoir désinfectant des savons, par M. SERAFINI. 84
Louis Glantenay, par M. F. JAYLE. 64
Les médecins sanitaires maritimes, par M. J.-P. LANGLOIS. 65

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Sur le pouvoir réducteur des lissus : foie et pancréas, M. HENRI HÉLIER. — L'exploration clinique des fonctions rénales et la glycosurie phloridique, M. CH. AGHARD. — Action du bain tiède sur les organes internes, MM. BEAUCHE et FELIX REGNAUD. — Discussion sur le traitement de l'appendicite, M. QUÉNU. — Traitement de l'appendicite, M. ROUTIER. — MM. SEGOND, BROCA. — De l'épiploite consécutive à la section de l'épiploon dans la cure radicale des hernies, M. REYNIER. MM. TUFFIER, RECLUS, BERGER, POZZI, REYSBER, TH. ANGER, GUISARD, HARTMANN, TUFFIER. — Hépatite congénitale de la trompe, M. DEMOULIN. 65
Société médicale des hôpitaux : Sur un cas d'affection spasmo-paralytique de l'enfance : origine syphilitique probable, MM. BARBIER et MALLET. MM. GILLES DE LA TOURETTE, RAYMOND. — Diagnostic bactériologique de la diphtérie par l'examen direct des fausses membranes, MM. MÉRY et BONNUS. — Rhumatisme toxique par intoxication alimentaire dans le dénouement d'une grippe légère, M. LOUIS RÉNON. — Analyse profonde chez les tabétiques, M. A. SICARD. — Sur un cas de méningite cérébrale à méningocoques avec septicémie : étude clinique et bactériologique, MM. THIRIAUX et ROSENTHAL. 67
Société anatomique : Perforation spontanée de la vessie, M. CASTAIGNE. — Poches faisant saillie à la face interne de l'aorte, M. TRÉNEL. M. CORNILLON. Volvulus de l'intestin grêle, au niveau de sa terminaison, par périto-

nite chronique d'origine appendiculaire, M. SACQUÉPÈRE. — Maladie bleue ; persistance du canal artériel ; insuffisance des sigmoïdes pulmonaires, M. CESTAN. MM. LETULLE, CORNIL. — Hémiplégie spasmodique et aphasie consécutives à un fibrome de la dure-mère sans dégénération du faisceau pyramidal, M. GASTAN. — Tuberculose généralisée chez un enfant de quatre mois ; tubercules du péricarde viscéral et de la face externe de l'aorte ; cavertine pulmonaire, M. MARCEL LABBÉ. — Fractures multiples du péroné, M. GEORGES LUY. — Ulcérations simples, dysentériques, du gros intestin dans un cas de sténose par péritoite tuberculeuse, M. LETULLE. 68

Société d'obstétrique de Paris : Présentation d'un placenta dont un cotylédon de la masse n'est fixé que par un pédicule vasculaire, M. CHAVANE. — Note sur un cas particulier d'anatomie pathologique du foie des éclampsiques, MM. BAR et GUYSSIE. — Endocardite infectieuse après un avortement ; embolie dans l'artère rénale, MM. BRINDEAU et CHAVANE. — Deux cas de grossesse extra-utérine (variété abdominale) ; opération et guérison, M. BOUSSARD. — Un fœtus extra-membranaux, M. MAYRIER. — Remarques anatomiques sur la dégénérescence kystique congénitale des reins, MM. BRINDEAU et MACÉ. — Note sur l'anatomie de la dégénérescence kystique congénitale des reins et du foie, M. BAR. 68

Société française de laryngologie, otologie et rhinologie : Sur la présence du bacille court de Loeffler dans l'exsudat des angines alvéolo-diplo-membraneuses post-opératoires, M. GUYOT. — Quelques observations de gonées syphilitiques du nez, M. SARRAMON. — Aiguille porte-til pour le placement du drain dans la cure radicale de la sinusite maxillaire, M. MOUNIER. — Du choix des appareils d'éclairage à l'acétylène en laryngologie, otologie et rhinologie, M. LIGHTWITZ. — Un cas d'argyrie de la peau et des muqueuses consécutif à des cautérisations répétées de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent, M. MENEAU. 69

Société française d'électrothérapie : Les courants statiques induits, M. WILLIAMS JAMES MORTON. — Traitement de la constipation habituelle par la Franklinisation, MM. E. DOUMER et E. MUSIN. — Traitement d'une tumeur sarcomateuse par la galvanocautérie, M. VIDEBECH. — Traitement de la contracture musculaire par les courants à haute fréquence, M. R. SEURIN. 69

Société de médecine et de chirurgie pratiques : De quelques contre-indications momentanées de la vaccine, M. SAINT-YVES MÉNARD. — Tables de corrections hydro-thermo-baro-volumétriques, M. E. GAUTRELET. 69

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine berlinoise : Paralysie asthénique et albumosurie, M. SENATOR. MM. OPPENHEIM, REIMAN. 69

Société de médecine interne de Berlin : Immunité contre le pneumocoque, M. WASSERMANN. — Tabes et traumatisme, M. GNATZ. MM. GOLDSCHNEIDER, KWALD. — Rachitisme ; déformation du crâne, M. VIRCHOW. M. HANSEMAN. 69

ILES-BRITANNIQUES. — Société pathologique de Londres : Hypertrophie congénitale du pylore, M. SYLL. — Dilatation de l'œsophage, M. BARLOW. — Tumeur papillomateuse de l'ombilic, M. GREEN. 70

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hétole (cinnamate de sodium). 70

LIVRES NOUVEAUX

Clinique obstétricale, par M. A. PINARD. 70

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

POUGUES TONI-ALCALINE

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

On désire acheter clientèle médicale : Seine, Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne. S'adress. Publicité générale, 15, rue de Maubeuge, Paris.

LOUIS GLANTENAY

1868-1899

L'église de la Trinité vient de réunir, profondément émus et attristés, les maîtres, les camarades et les élèves de Louis Glantenay, que la mort farouche et stupide nous enlève en pleine vie. A peine âgé de trente ans, Louis Glantenay avait conquis le titre de Chirurgien des hôpitaux par sa seule volonté, par son seul travail, par sa seule intelligence. Sans nom, sans relations et sans fortune, il avait gagné de haute lutte l'honneur de faire partie du premier Corps chirurgical de France. Et nous, ses camarades et ses amis, et pourtant ses concurrents, nous avions applaudi à ses brillants succès, parce qu'ils étaient la récompense d'un immense labeur et qu'ils s'adressaient à un homme dont la droiture d'esprit n'avait d'égal que la sincérité du cœur.

De la jeune lignée chirurgicale parisienne, Louis Glantenay fut un modèle accompli, et bien que le temps efface toutes choses de sa main destructrice, il ne parviendra pas, pour les courtes années qui restent à chacun de nous, à faire disparaître la douce et calme image de notre bon et cher camarade. Il a donné aux jeunes l'exemple de la réussite par le seul travail, et il a montré que, sur la vieille terre de France, l'avenir n'appartient pas encore fatalement au népotisme. Sa mémoire restera chère à tous ceux, maîtres, camarades, amis, élèves qui l'ont connu ; mais, en ces jours, la Fatalité nous frappe cependant de coups par trop redoublés, alors, comme le disait M. Reclus devant le cercueil de Louis Glantenay, que la France a besoin de tous ses enfants à l'esprit droit et au cœur vaillant.

F. JAYLE.

VER SOLITAIRE
Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fougère mâle des Vosges.
Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit. Rétablit les forces. Soutient l'organisme affaibli à défaut de nourriture. Paris, 29, Pl. des Vosges et Pl. St-Martin.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 1-1, 18 FÉVRIER 1899.

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
Succédané des Eaux Sulfureuses.

HAMAMELIDINE LOGEAS — Métrorrhagies, Troubles de la ménopause, Hémorroïdes, Varices, Tonique vasculaire.

INSTITUT ZANDER
21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

LES

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES'

Les conférences internationales de Rome, de Venise, et autres, qui ont modifié profondément les règlements sanitaires imposés aux longs courriers maritimes, se sont appuyées principalement sur le rôle des médecins embarqués. C'est à ces officiers sanitaires qu'incombe le rôle essentiel dans la lutte contre les maladies épidémiques, et nous croyons, en effet, qu'avec des agents sanitaires instruits et indépendants, disposant d'un bon matériel de désinfection, la défense de nos côtes peut être convenablement assurée.

Mais il faut des médecins instruits, indépendants et armés d'un outillage suffisant.

Ces trois conditions sont-elles remplies en France actuellement? Nous pouvons répondre facilement par la négative.

Étudions tout d'abord la question du personnel, plus importante, plus difficile peut-être à résoudre que la question du matériel.

« Le corps des médecins sanitaires maritimes », tel est le titre officiel indiqué par le décret du 4 Janvier 1896, n'est pas et ne peut pas être à la hauteur de la mission qui lui est confiée. Et cette affirmation, j'en suis persuadé, ne souleva aucune protestation de la part de nos confrères embarqués, parmi lesquels je compte quelques bons amis.

Le médecin embarqué à bord d'un paquebot n'a pas l'instruction voulue; il n'a pas, surtout et avant tout, l'indépendance nécessaire.

Le médecin embarqué n'a pas l'instruction voulue parce qu'il n'a généralement pas eu le temps de l'acquérir. Nous faisons, bien entendu, des réserves pour quelques exceptions heureuses. Les jeunes docteurs que nous fabriquons par centaines ou par milliers dans nos Facultés de médecine ont une instruction hygiénique absolument nulle. Il existe bien un quatrième examen de doctorat où les candidats sont censés répondre à des questions d'hygiène, de thérapeutique et de médecine légale. En fait, sur 100 élèves examinés, c'est-à-dire sur 80 reçus, il n'en est pas 10 qui possèdent des notions sérieuses d'hygiène. Nous constatons le fait sans y insister.

Le jeune étudiant pourvu de son diplôme de docteur doit, il est vrai, se présenter à nouveau, s'il veut embarquer, devant un jury nommé par le ministre de l'Intérieur, pour subir un examen spécial.

Cet examen comporte deux épreuves écrites (une heure et une heure et demie) sur l'épidémiologie et la législation sanitaire, deux épreuves orales sur les mêmes sujets, plus une épreuve pratique de bactériologie élémentaire: « Recherche des bacilles spécifiques des maladies infectieuses et épidémiques. »

Cette série d'épreuves paraît certainement suffisante pour s'assurer d'un personnel expérimenté, en faisant une sélection heureuse parmi les candidats. Mais, pour faire une sélection, encore faut-il avoir un certain nombre de candidats. Or, les candidats, les bons candidats surtout, manquent, et l'examen devient une pure formalité. Pour donner le change, il est vrai, on pose parfois des problèmes redoutables, comme la différenciation, au microscope, du bacille d'Eberth et du bacillus coli communis!

Pourquoi les candidats manquent-ils, alors que la carrière médicale est si encombrée? C'est qu'en réalité le sort des médecins embarqués n'a rien de séduisant, et que bien peu de jeunes gens auront le courage, leur diplôme de docteur acquis, de consacrer six mois ou même un an à des études nouvelles, d'affronter les ennuis d'un concours pour une situation plus que médiocre et toujours aléatoire.

Quelle est, en effet, la situation des médecins sanitaires maritimes après l'obtention de ce nouveau diplôme?

Dans les grandes Compagnies, telle que la Compagnie des Messageries maritimes, la solde à la mer est convenable, variant de 250 francs par mois, pour les lignes de Méditerranée, à 415 francs, chiffre maximum pour les grandes lignes; la solde à terre est de 250 francs. La Compagnie Transatlantique est moins généreuse; néanmoins, les traitements sont encore acceptables; son personnel médical est relativement fixe.

Mais si nous étudions la situation dans les autres

compagnies, nous la trouvons lamentable. Prenons un exemple cité par la Société des médecins sanitaires maritimes de Marseille: « La Compagnie nationale transporte, pour le gouvernement, des troupes au Tonkin et rapatrie les malades. Au voyage d'aller, le médecin du bord doit effectuer le service médical seul, pour un nombre de soldats variant de 600 à 1.000, plus l'équipage et les passagers. Au retour, il est vrai, deux médecins de la marine accompagnent les troupes; or, pour ce service, le médecin du bord touche 250 francs par mois et n'est pas payé pendant le séjour à Marseille. Etant donné que trois voyages par an sont effectués par un navire, le médecin du bord touchera donc 2.050 francs par an, pour soigner, à chaque voyage, jusqu'à 1.000 hommes de troupe.

Les officiers de la marine marchande sont, à l'exception du commandant, peu payés, il est vrai, mais ils appartiennent nécessairement à l'inscription maritime, ils ont droit à une retraite qui part depuis le premier jour où ils ont commencé leur carrière. Le médecin, hors rang, pour ainsi dire, n'a droit à aucune retraite, n'a aucun des privilèges réservés aux *gens de mer*, quand bien même il aurait prodigué ses soins à ceux-ci pendant trente ans de sa vie.

Son rôle même dans la défense des épidémies semblerait impliquer une certaine indépendance vis-à-vis non pas du capitaine commandant le navire, mais de la Compagnie ou de l'armateur. Il est chargé de tenir le livre médical du bord, doit envoyer un rapport au Comité consultatif d'hygiène. Or, « les médecins sanitaires sont nommés par l'État, mais payés par les Compagnies; le commandant veut être maître absolu à son bord et si, par impossible, il voulait un certain jour cacher la vérité et éluder certaines mesures sanitaires, le médecin se trouverait pris entre son devoir et son intérêt. Le capitaine embarqué un diplômé avant tout pour se mettre en règle; mais « il ne veut pas d'histoire », il considérerait presque comme un traître et un espion le médecin qui voudrait, malgré la volonté du commandant, faire scrupuleusement son devoir. Un médecin « difficile », d'autres diraient consciencieux, peut craindre de ne plus trouver d'embarquement que sur un mauvais navire pour des traversées pénibles ou peu lucratives, ou même de ne plus être embarqué du tout. Aussi beaucoup de prescriptions sont-elles éludées ou ne sont-elles exécutées que d'une façon illusoire. Avant tout, il ne faut pas déplaire à l'autorité « qui vous paie et qui vous emploie ». Qui parle ainsi? Est-ce un de ces esprits toujours enclins à la critique, victime volontaire de la lutte pour la vie? Non; c'est M. le médecin inspecteur Vallin, en analysant l'ouvrage de Thierry sur *La Police sanitaire maritime*.

Après avoir exposé la situation précaire des médecins embarqués, il nous reste à indiquer les améliorations à apporter. Or, et c'est ici précisément qu'est l'intérêt de la question, le remède est facile, au moins en ce qui concerne la situation pécuniaire.

Que demandons-nous pour nos confrères chargés, avant tout, de défendre notre pays contre l'invasion des épidémies? Un traitement convenable et un avenir assuré.

Le traitement, il suffira d'assurer, en outre du traitement actuel payé par la Compagnie maritime, un supplément fixe, s'élevant avec les années de service et qui sera pris sur les recettes provenant des services sanitaires. Ici encore, nous sommes heureux de pouvoir citer, à l'appui de notre opinion, un de nos administrateurs les plus éclairés, M. Henry Monod qui, dans son Mémoire de 1894 (*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*), rappelle qu'à la Conférence internationale de Paris (1894) fut voté, à l'unanimité, le principe que les recettes provenant des droits sanitaires soient en totalité consacrées aux dépenses sanitaires. Ces recettes, toujours d'après M. Monod, s'élevaient au chiffre de 2.000.000 et les dépenses à 900.000 francs. Il serait donc facile de prendre sur les 1.100.000 francs restant, les 200.000 francs nécessaires pour assurer un traitement convenable aux médecins.

Que demandons-nous encore? Un avenir assuré, c'est-à-dire une situation convenable après un certain temps de navigation. Aujourd'hui, en versant 3 pour 100 de ses appointements, le médecin a droit à une retraite de 800 francs! après vingt-cinq ans passés à la mer, c'est-à-dire vers soixante ans au plus tôt, le docteur ne pouvant guère embarquer avant vingt-cinq ans et les séjours à terre étant défalqués des vingt-cinq ans exigés.

Sans insister sur le chiffre modéré de la retraite, qu'il serait facile de majorer et d'élever à celui des capitaines, soit 1.200 francs, il paraît surtout facile d'accorder aux médecins sanitaires, après quinze ou vingt ans de navigation, des postes fixes à terre, tels que ceux d'agents principaux et de directeurs de la santé; postes actuellement donnés à des médecins n'ayant jamais navigué et qui doivent, la plupart, leur nomination à des influences électoraux, ce qui, du reste, ne les distingue pas des autres fonctionnaires des services d'hygiène dépendant d'un ministère essentiellement politique, le ministère de l'Intérieur.

Nous avons donc raison en affirmant qu'il était facile de trouver une solution au problème financier: affecter les recettes sanitaires au service sanitaire; recruter le personnel des agents médicaux à terre parmi le personnel navigant.

Dans un prochain article, nous étudierons les améliorations à apporter au matériel.

J.-P. LANGLOIS,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

30 Janvier 1899.

Sur le pouvoir réducteur des tissus: foie et pancréas. — M. Henri Hélier. Le pouvoir réducteur d'un tissu est la quantité d'oxygène qu'un gramme de ce tissu est capable d'enlever au permanganate de potasse pour le réduire à l'état de sesquioxyle de manganèse.

Pour un même tissu, on a des pouvoirs réducteurs variables. Tandis que le cœur donne des résultats sensiblement constants, le foie varie du simple au double.

Au moment de l'activité de la cellule hépatique, pendant la période de la digestion, son pouvoir réducteur tombe rapidement. Il en est de même pour le pancréas, quoique le phénomène soit moins accentué.

Pour ces deux glandes, après le repas, commence une chute du pouvoir réducteur, qui est complète vers la troisième heure. Ensuite le pouvoir réducteur se relève au fur et à mesure que s'assimilent les produits de la digestion.

L'acte digestif détermine donc le fonctionnement de ces glandes qui, néanmoins, n'est pas seulement dû à l'ingestion des aliments. Chez un animal qui mange habituellement à 8 heures du matin, la cellule hépatique commence à fonctionner vers 10 heures, que l'animal ait mangé ou non. C'est un exemple curieux de mémoire cellulaire.

L'exploration clinique des fonctions rénales et la glycosurie ploridizique. — M. Ch. Achard. L'examen des urines fournit au clinicien plusieurs moyens d'explorer les fonctions rénales. Par la recherche classique de l'albumine, il peut savoir si le rein malade laisse échapper une substance qu'il devrait retenir; par l'analyse quantitative de l'urine, si l'organe ou moins profondément lésé se prête avec une facilité moindre au passage des principes normaux.

Le principe de la nouvelle méthode que MM. Achard et Castaigne suivent dans l'exploration des fonctions rénales peut se résumer ainsi: introduire sous la peau un corps facilement éliminable par l'urine, mais ne s'y rencontrant pas à l'état normal, et observer méthodiquement l'ensemble et les détails de son élimination. Le bleu de méthylène convient plus spécialement à cette exploration, mais toute autre substance peut aussi être utilisée, pourvu qu'elle n'entre pas dans la constitution de l'organisme, car, dans cette dernière condition, le taux de l'excrétion se trouve modifié par le régime alimentaire, la nutrition générale et les corrélations fonctionnelles.

Mais entre les substances étrangères à l'organisme et celles qui sont éliminées normalement par le rein, il existe une catégorie intermédiaire représentée par la glycose, qui existe dans le sang, mais ne passe pas dans l'urine physiologique. Or, le mauvais état des reins gêne l'élimination de la glycose chez les diabétiques. Il suffirait donc de provoquer la glycosurie expérimentale pour se rendre compte de l'état des reins.

Mais l'élimination urinaire du sucre injecté sous la peau serait beaucoup plus influencée par l'aptitude glycolytique des tissus que par la perméabilité rénale.

La phloridzine fournit le moyen de provoquer la glycosurie sans introduire de sucre dans l'organisme: d'autre part, son action semble porter sur le rein.

La phloridzine est injectée sous la peau à la dose minime de 5 milligrammes, et le sucre est recherché dans l'urine recueillie méthodiquement à partir du moment de l'injection.

Quand les reins sont indemnes, le sucre passe dans l'urine pendant environ trois heures et sa quantité varie de 0 gr. 5 à 2 gr. 5. Quand les reins sont malades, la glycosurie est minime ou bien fait défaut.

1. P. DESFOSSÉS. — Lire à ce sujet: « Les débouchés de la médecine. Les médecins de paquebots. » *La Presse Médicale*, 1898, 30 Août, n° 69, p. 60.

Action du bain ture sur les organes internes. — MM. Bianchi et Félix Regnault. En examinant par la phonoscopie les principaux organes de sujets soumis au bain ture, les auteurs sont arrivés aux résultats suivants :

Après un séjour de quinze minutes dans l'étuve sèche à 50° et de trois minutes dans l'étuve de 80° les poumons et le cœur se dilatent dans tous leurs diamètres; l'estomac se dilate s'il est vide et chasse le bol alimentaire s'il contient de la nourriture. Le passage dans la douche et la piscine froide produit une rapide contraction de tous les organes, suivie après un temps plus ou moins long d'un retour des organes au volume initial; l'estomac reste rétréci.

Les bains tures sont donc une pratique très recommandable de gymnastique des organes sains.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 Février 1899 (suite et fin).

Discussion sur le traitement de l'appendicite.

— M. Quénu. La discussion sur l'appendicite s'est engagée à la suite d'une communication de M. Poirier, intitulée : *Traitement de l'appendicite aiguë*, et dans laquelle se trouve cette proposition : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée, et le plus rapidement possible. » Plus loin, M. Poirier déclare que lorsqu'on a ouvert le ou les abcès péri-appendiciteux, « il faut de toute nécessité réséquer l'appendicite », et plus loin encore, notre collègue affirme que « l'opération, sans gravité par elle-même, ne pourra jamais être nuisible ».

Je m'inscris contre l'absolu de ces propositions. Dans une discussion qui eut lieu, le 17 Juillet 1895, à la Société de chirurgie, j'avais, au point de vue des indications opératoires et du choix du mode d'intervention, établi une division de l'appendicite : en appendicite suraiguë ou perforante dès les premières heures; en appendicite aiguë, mais sans participation générale du péritoine; en appendicite subaiguë; en appendicite chronique.

Pour les premières, les *appendicites suraiguës*, nous sommes tous d'accord. L'opération demeure la seule chance de salut, mais encore faut-il être appelé assez tôt pour ne pas se trouver en présence d'un agonisant. Les divergences commencent avec les *appendicites aiguës* et *subaiguës*. Je ne pense pas qu'il soit juste de comparer les résultats du traitement médical pur, c'est-à-dire de l'abstention systématique, avec les résultats de l'opération systématique. Entre ces deux extrêmes, il y a place pour une troisième thérapeutique dans laquelle, dès l'apparition de l'appendicite, on se tient prêt à agir, mais dans laquelle aussi on n'intervient que d'après les indications déterminées.

La difficulté consiste précisément à évaluer le taux de gravité de l'appendicite en face de laquelle on se trouve. Il est certainement plus simple de tout opérer, et nos adversaires reconnaîtront, j'en suis sûr, qu'en opérant d'emblée tous les cas, même les subaiguës, sous prétexte qu'ils peuvent franchir une étape, on favorise par trop sa statistique opératoire.

Cependant, même la question ainsi posée, si on demandait à chacun de nous, aux plus décidés interventionnistes comme aux autres, ses préférences sur le choix d'une opération faite à froid ou en pleine crise, la réponse ne serait pas douteuse; c'est donc que nous estimons que l'opération faite à chaud comporte une somme de dangers infiniment supérieure à celle de l'opération à froid, dont les aléas sont presque nuls; ce qu'il faudrait donc évaluer, c'est la différence de gravité entre les deux modes d'intervention, afin de l'opposer à la mortalité respective du traitement systématiquement chirurgical et du traitement chirurgical sélectionné.

Tant que cette comparaison n'aura pas été rigoureusement faite, et je n'en méconnaiss pas les difficultés pratiques, on pourra donner des formules et des chiffres, on n'aura guère fourni d'arguments sérieux à l'intervention systématique.

En présence d'une appendicite franchement aiguë, et surtout si je suis appelé dans les premières quarante-huit heures, j'avoue mes tendances à l'intervention.

A quels signes peut-on reconnaître la gravité présente ou future d'une crise appendiculaire?

J'accorde, ainsi que la plupart de mes collègues, une plus grande importance au pouls qu'à la température, ayant vu mourir des malades dont la température n'a jamais dépassé 37° ou 37°2. L'arrêt des gaz, l'altération des traits durable, c'est-à-dire non limitée aux instants où surviennent les coliques, une certaine odeur nauséabonde de l'haleine, rappelant un peu l'odeur fécaloïde, sont des signes importants d'une crise grave.

J'en dirai autant de l'agitation et de la répétition incessante des crises douloureuses venant par intervalles arracher des plaintes au malade et accentuer l'altération des traits; mais c'est en explorant le ventre avec méthode qu'on appréciera le mieux les tendances extensives ou non de la péritonite. Il faut palper doucement, en commençant le plus loin possible du foyer, c'est-à-dire dans le flanc gauche, pour s'en rapprocher progressivement et terminer par la constatation du point maximum de douleurs et de contracture.

En présence des signes précédents ou de la plupart d'entre eux, j'opère sans tarder; c'est ainsi que je suis intervenu, dans un cas, vingt-six heures, et dans un autre cas, cinquante-deux heures après le début de l'attaque.

Les indications thérapeutiques sont plus faciles à poser si on est appelé au bout de cinq à six jours. Avez souvent, c'est à cette période que survient la détente; ou bien la situation, loin de s'améliorer, s'est aggravée, ou bien encore l'état stationnaire, la persistance de l'empatement et des signes locaux, ne laissent aucun doute sur l'utilité de l'acte opératoire.

En résumé, appelé auprès d'une appendicite subaiguë, je temporise après avoir ordonné un traitement médical rigoureux, et je me tiens prêt à agir au premier signe d'aggravation.

En présence d'une appendicite franchement aiguë, et j'ai dit plus haut quels signes la caractérisent à mon sens, j'ai d'autant plus de tendance à temporiser que le temps écoulé et l'importance même de l'empatement m'indiquent une bonne défense locale et une limitation du foyer. J'insiste encore sur ce point : c'est que, dès le début d'une attaque d'appendicite, le chirurgien doit être le premier appelé auprès du malade et doit le voir deux fois le jour, jusqu'à ce que se produise la détente ou soit décidée l'opération.

L'intervention décidée, quel doit en être le mode? Je suis toujours du même avis depuis huit ans, à savoir, de ne pas rechercher l'appendicite dans un foyer aigu, de ne l'enlever que si on le trouve de suite et sans décollement d'adhérences.

Reste, enfin, une dernière question, celle des indications relatives à la résection de l'appendicite à froid.

Au bout de combien d'attaques doit-on conseiller l'opération? Plus de deux, disent les uns; deux ou une, disent les autres. A mon sens, les indications ne dérivent pas seulement du nombre des attaques.

Certes, la répétition d'attaques, même légères, autorise à intervenir, car un homme ne peut, toute sa vie, avoir à s'occuper de son cæcum; mais proposera-t-on une opération après une seule attaque d'appendicite subaiguë? Je ne pense pas que le radicalisme chirurgical doive aller jusque-là. Au contraire, l'opération est de mise si cette seule attaque a été sérieuse, si l'induration iliaque a été nettement constatée, si l'intensité de la crise permet de supposer que les lésions ont entamé une bonne épaisseur des parois appendiculaires et se sont rapprochées du péritoine.

D'autres éléments cliniques doivent faire pencher en faveur de la résection appendiculaire : c'est la persistance d'un état dyspeptique ou de crises de diarrhée, à la suite d'une première attaque d'appendicite, la persistance d'un état subictérique des conjonctives, etc.

En résumé, je fais entrer en ligne de compte non seulement le nombre des crises, non seulement la persistance d'un signe local dans la fosse iliaque, mais encore la sévérité de la première et unique crise et la persistance d'un état général mauvais, malgré les soins apportés à l'hygiène et à l'alimentation.

M. Nimier. J'ai adopté à l'égard de l'appendicite les règles de traitement qui sont actuellement préconisées par la plupart de nos collègues.

L'intervention doit être immédiate quand il existe des signes de péritonite diffuse, d'empatement net de la fosse iliaque ou d'abcès pelvien.

Lorsque ces indications font défaut et que le sujet peut être surveillé, l'intervention sera retardée afin d'être pratiquée à froid.

Dix appendicites opérées suivant ces règles (3 avec péritonite diffuse, 3 avec abcès iliaque, 1 avec abcès pelvien, 3 à froid) dans mon service ont fourni un seul décès (il s'agissait d'un cas avec péritonite diffuse) et deux éversions dans deux cas où il avait fallu drainer une poche purulente.

Dans le milieu militaire, une fois passée l'attaque aiguë d'appendicite, l'intervention à froid n'est pas généralement acceptée, et, pour ma part, je ne suis pas convaincu de son absolue nécessité lorsque le malade, étant à sa première atteinte, la résolution paraît complète, c'est-à-dire lorsque, par le palper iliaque et le toucher rectal, l'exploration de la région appendiculaire ne décèle rien, lorsque les fonctions intestinales sont devenues régulières.

D'autre part, si le malade accuse des atteintes antérieures, il y a lieu de s'enquérir minutieusement de ce qu'ont été ces crises, car il me semble que l'on abuse quelque peu du diagnostic « appendicite ». De huit malades qui ont quitté mon service sans avoir été opérés après une crise d'appendicite, aucun n'y est revenu, et, cependant, deux accusaient, l'un deux, l'autre trois atteintes antérieures qui, du reste, d'après les commémoratifs m'avaient paru douteuses.

Comme traitement médical, j'institue la diète absolue pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis la diète liquide, régimes auxquels vient s'ajouter une injection sous-cutanée de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel. Celui-ci m'a paru pousser davantage vers les urines et faciliter la venue spontanée d'une selle. Je ne donne pas d'opium. Sur le ventre, au lieu de glace, je me contente d'un enveloppement humide tiède.

15 Février 1899.

Traitement de l'appendicite. — M. Routier. Dans une discussion comme celle-ci, d'où sortira, il faut l'espérer, une règle de thérapeutique chirurgicale pour

l'appendicite, ou doit il me semble, serrer de près les arguments.

Aussi ne puis-je laisser passer sans y relever certains détails me concernant la communication de mon ami Brun, détails qui me paraissent d'une importance capitale.

Chez la fillette à laquelle il fait allusion, auprès de laquelle j'avais été appelé par mon ami, M. Lafage, j'ai porté, le 19 Octobre 1898, le diagnostic d'appendicite subaiguë, localisée, avec tendance à la formation d'un abcès, et je conseillai l'intervention.

Je n'ai jamais dit, comme on pourrait le croire à la lecture de la communication de mon ami M. Brun, qu'il s'agissait d'une péritonite et que l'intervention rapide fut une condition *sine qua non* de vie ou de mort. Je viens de faire confirmer mes souvenirs par mon confrère M. Lafage.

Sans doute, si on m'avait laissé faire, je l'aurais opérée dans les jours qui ont suivi ma consultation, et j'ajoute qu'elle aurait certainement guéri, ce qui l'aurait remise sur pied vers le 15 ou 20 novembre au plus tard.

Au lieu de cela, entrée à l'hôpital des enfants le 10 Octobre 1898, elle y a été soumise par mon ami M. Brun, au traitement médical, a séjourné plus de trois mois à l'hôpital, pour aboutir enfin à une opération que Brun a crue nécessaire et que les désordres anatomiques qu'il a trouvés ont pleinement justifiée.

Pendant tout ce temps, outre les nouvelles poussées d'appendicite possible, et je crois qu'il s'en est produit quelques-unes, elle a couru toutes les mauvaises chances d'une contagion possible; enfin, elle a perdu trois mois.

On ne me fera jamais admettre l'avantage ni la supériorité d'une pareille méthode.

Quant au second malade, que j'ai perdu pour avoir temporisé, il a été soumis dès que je l'ai vu, dès le lundi matin, au traitement médical dans sa rigueur; cet enfant avait été mis dans mon pavillon, et je l'ai suivi aussi bien qu'aurait pu le faire M. Brun lui-même.

Le lundi matin, le lundi soir, j'eus le tort de croire qu'on pourrait attendre. C'est dans la nuit, à 3 heures du matin, qu'il eut comme une crise de suffocation quasi-syncope. On ne me fit pas venir de suite, c'est vrai, mais à mon arrivée à l'hôpital, à 9 heures, je l'opérai, et il mourut dans la soirée.

Je le répète, un peu aussi pour M. Chaput qui, je crois, m'a mal compris et mal placé dans sa classification : j'ai quelquefois regretté d'avoir temporisé, jamais d'avoir opéré trop vite.

Je profite de la circonstance pour donner mes chiffres dont je ne fais pas mystère. J'ai opéré 93 appendicites en 1897 et 1898 :

35 à froid, 35 guérisons; 33 aigus, localisés, avec ou sans abcès, 32 guérisons, 1 mort; 24 en pleine péritonite : 13 guérisons, 14 morts.

M. Berger. Le traitement de l'appendicite est tellement complexe, qu'il ne me semble pas possible, à cette heure, de l'énoncer en une formule unique.

Opérer dans tous les cas me paraît exagéré, et, d'autre part, l'expectation est souvent dangereuse.

Voici, pour ma part, quelle est actuellement ma ligne de conduite.

Quand je suis appelé au début, je n'opère pas dans tous les cas, parce que l'intervention à l'état aigu ne se fait pas dans d'aussi bonnes conditions que dans l'opération à froid.

Il faut réserver l'opération d'urgence aux cas de péritonite septique diffuse, (et alors l'opération n'est pas souvent heureuse), à ceux de collections supprimées, à ceux encore où, vers le quatrième ou cinquième jour, il n'y a pas d'amélioration, ou si, après une amélioration passagère, il y a une recrudescence. Hormis ces cas, on peut attendre.

Et cependant cette expectation donne parfois des mécomptes, et j'ai vu deux cas de mort survenir chez des malades qui paraissaient aller très bien et qui ont été pris brusquement d'accidents suraiguës.

Mais je ne crois pas que les avantages de la généralisation de la pratique qui consisterait à opérer partout et toujours toutes les appendicites balanceraient les inconvénients qui ne tarderaient pas à naître d'une pratique si chirurgicale.

C'est que l'appendicite existe partout, dans tous les milieux, et qu'ériger en règle absolue que toute appendicite doit être opérée dès qu'elle est diagnostiquée, serait s'exposer à voir tous les médecins recourir à cette intervention parce qu'ils la croiraient seule [capable de sauver leurs malades].

A propos de l'appendicite à froid, je crois que c'est rendre service aux malades que de les débarrasser de leur appendicite. J'ai été conduit à adopter cette ligne de conduite à la suite des faits de crise grave survenant après une première crise rapportée par nos collègues, car moi-même je n'en ai jamais observé.

Mais, en procédant de la sorte, on fera certainement des opérations inutiles. En outre, on ne peut pas toujours prévoir les difficultés avec lesquelles on se trouvera en présence, difficultés qui feront courir des dangers au malade. Il ne faut donc pas faire croire ni au malade ni à sa famille que l'opération est innocente. Il faut peser les avantages et les inconvénients de l'expectation et de l'opération, et décider après cela du parti à prendre.

Somme toute, je crois qu'on opère beaucoup trop d'appendicites, qu'on enlève des appendices innocents, qu'on fait des opérations qu'il vaudrait mieux ne pas entreprendre. Mais, jusqu'à ce jour, étant donné que les médecins ne nous ont jamais montré dans quelle proportion l'appendicite peut guérir, je considère que la responsabilité qu'on encourrait en recommandant toujours l'expectation serait trop grande et qu'il vaut mieux courir les chances d'une opération inutile que de s'exposer à de terribles récidives.

Sur la manière d'opérer, je me suis rattaché à la pratique de M. Jalaguier.

M. Segond. D'une façon tout à fait générale, je pense, au contraire de M. Berger, qu'on n'opérera jamais assez d'appendicites.

Je laisserai de côté les cas d'appendicite à froid, de collections suppurées, de péritonites septiques pour ne m'occuper que des cas aigus ordinaires sur lesquels nous discutons. Je me contenterai même d'un simple fait, me basant sur lui pour demander aux partisans de l'expectation ce qu'ils pensent des résultats qu'aurait donnés, dans ce cas, cette expectation.

Il s'agit d'une petite fille de dix ans, d'une santé parfaite jusqu'à il y a dix jours. A ce moment, embarras gastrique léger. Le 12 et 13, elle va se promener; le 14, violente douleur dans la fosse iliaque droite; le diagnostic d'appendicite est porté par le médecin traitant.

Le 15 au matin, frisson violent, 39°, 5, ballonnement du ventre, constipation absolue. Trois ou quatre heures plus tard, l'enfant allait merveilleusement bien et la température était à 37°. A peine un peu de douleur profonde. Il ne restait qu'un symptôme: 110 pulsations. Malgré cela, je précoisais l'intervention et MM. Dieulafoy et Hutinel, appelés en consultation, la conseillaient immédiatement, à leur tour.

J'ai opéré cette enfant à sept heures du soir: à l'ouverture du ventre, tout un flot considérable de sérosité trouble. Derrière le cæcum, après un décollement laborieux, j'ai trouvé un appendice énorme, sphacélé. Actuellement ma malade va bien.

J'estime que nulle observation n'est plus probante que celle-ci en faveur de la doctrine de l'opération systématique de l'appendicite.

M. Broca. L'enfant dont parle M. Segond avait 37° et 110 pulsations. Il y avait donc dissociation de la température et du pouls, signe que nous, temporisateurs, considérons comme nécessitant l'intervention. Nous aurions donc opéré, comme l'a fait M. Segond.

De l'épiplote consécutive à la section de l'épiplon dans la cure radicale des hernies. — **M. Reynier.** A propos du cas présenté par M. Monod, je rappellerai que j'ai déjà attiré, en 1895, l'attention sur ce cas d'épiplote suppurée chronique, consécutive à la cure radicale des hernies, lorsque l'épiplon a été sectionné. Dans un cas le fil s'infecta secondairement, joua le rôle de corps étranger et détermina un abcès. Aussi préconisai-je la ligature au catgut qui se résorbe et n'offre pas le même danger.

M. Tuffier. Sur près de 600 hernies que j'ai opérées, j'ai observé un cas d'épiplote non supprimée post-opératoire. Il s'agissait d'un Algérien que j'avais opéré d'une énorme entéro-épiplote inguinale. L'épiplon avait été lié en chaîne à la soie. Vers le huitième jour, il fut pris d'accidents douloureux dans la région abdominale gauche, puis une tuméfaction pâteuse du volume du poing se manifesta; la température ne dépassait pas 38°. Après douze jours de cet état, qui ne se compliquait d'aucune réaction péritonéale, je montrai le malade à M. Berger, qui fut également d'avis qu'il s'agissait d'une épiplote simple. Les accidents s'amendèrent, et, en sept semaines, tout disparut. Cet homme, opéré depuis trois ans, est toujours en parfaite santé.

Il est évident que l'épiplote peut être causée par la présence d'un fil septique, mais il est également certain, par ce que nous voyons dans les hernies non étranglées où l'épiplon est si souvent induré, ratatiné, adhérent, que cette membrane subit facilement des phénomènes d'inflammation différents de ceux des autres organes. La physiologie pathologique du tablier épiplote n'est pas faite, et son mode de réaction inflammatoire est encore mal connu et mal établi.

M. Reclus. J'ai eu aussi un cas d'épiplote consécutive à la cure radicale d'une hernie avec résection de l'épiplon. La guérison spontanée s'est faite.

M. Berger. J'ai observé aussi de ces cas à la suite d'une résection assez large de l'épiplon, mais je n'ai eu d'accident de suppuration qu'une seule fois. Il s'agissait d'une hernie ombilicale traitée par la cure radicale, et il y eut, par l'ombilic, une ouverture de collection suppurée avec élimination des fils.

M. Pozzi. L'emploi des soies offre un certain danger dans toute opération portant sur la cavité abdominale. Les fils s'infectent secondairement et j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois.

En outre, la stérilisation de la soie est très difficile. Aussi, systématiquement, je ne me sers que de catgut depuis trois ans et depuis je n'ai plus d'accidents de suppuration ou d'inflammation intra-abdominale secondaire.

M. Reynier. Je partage la manière de voir de M. Pozzi en ce qui concerne la supériorité du catgut, mais non pour les mêmes raisons. Je crois que la soie est plus

facile à désinfecter que le catgut, mais le fil de soie finit par couper les tissus et s'infecte secondairement, déterminant ainsi le processus inflammatoire.

M. Th. Anger. J'ai eu une malade atteinte d'accidents péritonéaux rapportés à une appendicite. Je l'opérai et la masse que j'avais sentie était de l'épiplon enflammé au-dessus duquel était une perforation du cæcum. Ce cas est donc un exemple d'épiplote spontanée.

M. Guinard. Je viens de publier quatre faits qui se rapprochent de celui de M. Monod. Le premier a trait à un cas d'épiplote suppurée consécutive à une cure radicale de hernie. J'ai eu un second cas analogue il y a deux ans. Dans un troisième cas, il s'agit encore d'épiplote consécutive à la cure radicale d'une hernie.

Enfin, dans un quatrième cas, j'ai pu survenir, après une cure radicale de hernie, que je n'avais d'ailleurs pas pratiquée, des accidents d'obstruction intestinale. L'incision me montra des adhérences inextricables des anses d'intestin entre elles. Je dus me contenter d'un anus contre nature, mais mon malade n'en succomba pas moins.

Le l'épiplon n'était pas en cause et il s'agissait plus probablement d'une péritonite exsudative chronique consécutive à l'intervention.

M. Hartmann. Si on a des épiplotes, c'est parce qu'on se sert indifféremment de toute espèce de fils.

Un élément important, c'est la grosseur de la soie. Dans des cas on peut utiliser une des pinces à écrasement préconisées dans ces derniers temps: on réduit ainsi considérablement le pédicule et on peut appliquer un fil de soie très fin, qui ne provoquera aucun des accidents que donne le gros fil de soie.

M. Tuffier. La question de l'épiplote me paraît singulièrement s'élargir et tourner à la discussion toujours pendante sur le meilleur fil chirurgical, catgut ou soie. Je ne partage pas l'opinion de M. Pozzi sur l'emploi universel et constant du catgut; je ne crois pas davantage que la soie doive être uniquement employée, car elle joue le rôle de corps étranger septique, quand elle est placée sur un foyer infecté. Ma pratique actuelle est la suivante: je ne me sers de catgut toutes les fois que je dois poser une ligature dans un foyer septique ou susceptible de le devenir après la chute de la ligature. Pour toute la chirurgie aseptique, j'emploie la soie aussi fine que possible, étant absolument de cet avis que la grosseur du fil joue un rôle dans la tolérance des tissus à son égard. Je ne pratique pas l'écrasement et la ligature. Je fais, pour l'hémostase, l'angioplastie pure et simple ou la ligature.

Hernie congénitale de la trompe. — **M. Demoulin** présente le bassin d'un nouveau-né sur lequel on voit manifestement une hernie inguinale gauche de la trompe. Il s'agit donc bien ici d'une hernie congénitale de la trompe, variété qui a été niée.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Février 1899.

Sur un cas d'affection spasmo-paralytique de l'enfance. Origine syphilitique probable. — **MM. Barbier et Mally** présentent à la Société un malade soigné depuis huit mois à la consultation de l'hôpital Bichat.

C'est un enfant de douze ans et demi qui est né à terme, sans accident obstétrical; il est le dernier né d'une famille de quatre enfants dont le premier est aujourd'hui âgé de vingt et un ans et bien portant; le second, mort à deux mois et demi de méningite; le troisième, mort à cinq ans de convulsions, et épileptique depuis sa naissance. Le sujet présent, bien conformé à sa naissance, n'a pu marcher qu'à l'âge de trois ans et d'une façon défectueuse, tel qu'il marche encore aujourd'hui.

La démarche est spasmodique et vacillante.

La parole est saccadée et monotone.

Les yeux présentent du nystagmus lorsque les globes oculaires sont fixés en position externe ou lorsque le malade écrit; l'écriture est tremblée; le fond de l'œil présente des altérations choroïdiennes anciennes, le malade est myope.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, les réflexes cutanés et la sensibilité sont conservés; il n'existe nulle part de paralysie partielle.

L'intelligence est conservée; le caractère est doux, mais entêté et peu affectueux; le développement est à peu près normal (cryptorchidie à droite).

L'absence de rigidité permanente au repos, les troubles de la vue et de la parole, l'absence de traumatisme obstétrical écartent l'idée d'une maladie de Little pure.

Les auteurs émettent l'hypothèse d'une méningo-encéphalite à foyers disséminés, de nature spécifique, qui aurait déterminé l'arrêt de développement du faisceau pyramidal.

Les accidents spécifiques peuvent être soupçonnés: 1° par les traces de choréïdite que présente ce malade, et 2° par l'histoire familiale qui nous montre ceci: un premier enfant bien portant, un deuxième mort à deux mois de convulsions, un troisième mort à cinq ans épileptique, et, enfin, le malade actuel. La mère paraît indenne, l'hérédité serait paternelle.

M. Gilles de la Tourette fait ressortir la difficulté grande qu'il a à formuler un diagnostic précis dans un

cas semblable; on doit hésiter entre la sclérose en plaques, la maladie de Little, et certaines formes de manifestations cérébro-spinales de la syphilis héréditaire.

M. Raymond est convaincu que la syphilis doit être suspectée, et qu'elle est capable d'avoir créé l'affection actuelle qui n'est, ni une sclérose en plaques, ni une maladie de Little, mais une forme fruste de la maladie de Friedreich, se rapprochant de ce que M. Marie a décrit sous le nom d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Diagnostic bactériologique de la diphtérie par l'examen direct des fausses membranes.

— **MM. Méry et Bonnus.** Dans le diagnostic bactériologique de la diphtérie, il faut se préoccuper de deux choses: d'abord du diagnostic positif de diphtérie, d'autre part du diagnostic des associations.

En ce qui concerne le diagnostic positif de diphtérie, les frottis peuvent donner des renseignements plus rapides; mais au point de vue de la précision du diagnostic, la culture du sérum, à cause de la sélection qu'elle opère, reste le procédé de choix.

L'examen direct des fausses membranes donne, en ce qui concerne les fausses membranes trachéales, des renseignements d'une assez grande précision.

Il fournit également des résultats intéressants en ce qui concerne les fausses membranes amygdaliennes, mais l'interprétation en est beaucoup plus délicate, par suite du plus grand nombre de germes qu'on y rencontre.

Au point de vue de l'étude des associations microbiennes, l'examen direct se montre supérieur aux cultures et surtout aux cultures sur sérum, qu'on a l'habitude d'employer presque exclusivement.

Certains microbes ne poussent pas sur sérum, d'autres très mal.

Le pneumocoque, par exemple, passe presque toujours inaperçu: c'est ce qui explique le silence relatif à cette variété d'association.

Le streptocoque, même virulent, y pousse mal, quelquefois ne pousse pas du tout; dans certains des cas de strepto-diphtérie que nous rapportons, la culture sur sérum n'avait pas permis ce diagnostic.

Les renseignements fournis par les frottis et les coupes sont souvent d'une interprétation délicate; dans les cas difficiles, on est obligé d'avoir recours aux cultures sur agar et à la recherche de la virulence des germes isolés. Théoriquement, d'ailleurs, pour pouvoir reconnaître la valeur pathogène des germes associés, il faudrait toujours rechercher leur virulence. En pratique, au moins dans certains cas, on peut avoir des preuves indirectes de cette virulence des microbes associés, d'une part, par l'allure de la maladie elle-même; d'autre part, par la topographie et la quantité des microorganismes de la fausse membrane.

La présence des microorganismes dans les fausses membranes de la trachée; l'envahissement des parties profondes des fausses membranes amygdaliennes sont des preuves indirectes de virulence.

Rhumatisme toxique par intoxication alimentaire dans le décours d'une grippe légère. — **M. Louis Rénon.** Chez un jeune homme de vingt ans, convalescent d'une grippe très légère ayant duré trente-six heures à peine, je viens d'observer des manifestations articulaires et tendineuses, concomitantes d'une éruption ortiée et consécutives à une ingestion de poisson et de mollusques.

Il ne s'agit là ni de rhumatisme articulaire aigu ni de pseudo-rhumatisme infectieux grippal, mais bien d'un rhumatisme toxique par intoxication alimentaire, et qui rentre dans la classe des rhumatismes toxiques bien délimitée par Auscher, en 1897.

L'évolution clinique de ce rhumatisme toxique montre qu'il n'est pas mono-articulaire, mais qu'il peut atteindre différentes jointures, les petites comme les grosses, ainsi que les gaines synoviales. Fait curieux, il s'est développé sur les points primitivement atteints d'urticaire, et n'a pas rétrogradé aussi vite que les papules ortiées; il ne s'est éteint que plus lentement, sans aucune tendance à l'immobilisation comme dans certains pseudo-rhumatismes infectieux.

Malgré la bénignité de l'affection, il faut débarrasser au plus vite l'organisme du poison ingéré et en faciliter l'élimination ultérieure. La purgation et les boissons diurétiques données en abondance ont répondu à cette indication, puisqu'en cinq jours tout avait disparu.

Analgesie trachéale profonde chez les tabétiques. — **M. A. Sicard.** Si, chez un sujet sain dont on a fléchi légèrement la tête, on percute, ou surtout si on comprime légèrement avec le doigt la trachée au-dessous de l'anneau cricoïdien et directement sur la ligne médiane, on provoque une sensation d'angoisse douloureuse très particulière, avec irradiations également pénibles, se faisant tantôt des deux côtés de la région cervicale, tantôt se propageant du côté du médiastin, tantôt, au contraire, remontant vers la base de la langue. Ces phénomènes angoissants, qui peuvent dans certaines circonstances aller jusqu'à la lipothymie et la syncope, comme en témoignent les faits de MM. Brouardel et Minovici, sont vraisemblablement dus à l'excitation par compression du plexus pré-trachéal pneumo-sympathique.

Or, dans quelques maladies du système nerveux, chez un certain nombre de tabétiques, de paralytiques géné-

raux et d'hystériques observés dans le service de M. Raymond, nous avons pu constater une analgésie trachéale profonde absolue; la compression pré-trachéale ne révélait chez les malades aucune sensation angoissante.

Ce sont là des faits à rapprocher des autres anesthésies ou analgésies viscérales que l'on peut rencontrer chez les tuberculeux et qui doivent prendre place à côté des analgésies testiculaire et épigastrique et des anesthésies de la vessie et du rectum.

Sur un cas de méningite cérébrale à méningocoques avec septicémie. Étude clinique et bactériologique. — MM. E. Thiercelin et G. Rosenthal. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître, le professeur Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de méningite cérébrale, manifestement dû au microbe décrit sous le nom de méningocoque.

1^{re} Observation clinique. — Un malade âgé de trente-neuf ans, découpé sur métaux, est entré le 16 Janvier, se plaignant surtout de fatigues, d'amaigrissement, de toux, sans fièvre. On porte le diagnostic de bronchite aiguë chez un malade atteint de tuberculose au début; on constate, de plus, à son entrée, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qu'on attribue à l'hystérie. Six jours après son entrée, des symptômes de méningite commencent à apparaître; c'est d'abord un délire calme et tranquille, sans fièvre; puis l'intelligence s'obscurcit, la fièvre s'allume, la raideur de la nuque apparaît, ainsi qu'une paralysie faciale gauche transitoire. En deux jours, les symptômes se complètent et le malade meurt dans le coma le 24 Janvier.

À l'autopsie, on trouve une méningite cérébrale caractérisée par l'existence d'un pus épais, de couleur jaunâtre, recouvrant toute la convexité de l'encéphale. À la base, congestion intense avec quelques plaques purulentes disséminées. L'examen de la moelle et des méninges rachidiennes reste négatif.

2^e Étude bactériologique. — Dans le pus des méninges et dans le sang du bras, pris pendant la vie, nous avons trouvé un diplocoque lancéolé, encapsulé, prenant le Gram, avec tous les caractères morphologiques du méningocoque. Les cultures obtenues avec le microbe présentent l'aspect décrit par les auteurs comme appartenant à ce microbe.

Nous désirons insister sur quelques particularités que nous avons constatées. Sur les lamelles faites avec le pus des méninges, les microbes existaient en dehors des leucocytes et d'autres étaient manifestement intra-cellulaires. Parmi ces derniers, les uns restaient colorés au Gram, d'autres étaient décolorés, mais il était manifeste que le microbe extra-cellulaire et le microbe intra-cellulaire appartenaient à la même espèce.

En culture anaérobie, le microbe pousse difficilement et prend des formes de chaînette à grains irréguliers déformés.

Les inoculations pratiquées aux animaux nous ont montré que le microbe rencontré dans ce cas est extrêmement virulent. Des souris, inoculées sous la peau, sont mortes en quarante-huit heures, et le lapin jeune, inoculé dans le tissu cellulaire de l'oreille, est mort en vingt-quatre heures avec septicémie. Le lapin adulte est plus résistant, ainsi que le cobaye. Chez deux lapins adultes, nous avons pu déterminer la formation d'abcès.

Les auteurs qui ont étudié ce microbe sont partagés en deux opinions: pour les uns, le microbe est une variété de pneumocoque (Neisser); pour d'autres, c'est un microbe spécial. Sans prendre part dans ce débat, nous n'avons pu nous empêcher d'être frappés des différences profondes qui séparent le microbe étudié du pneumocoque de Talamon. Par certains caractères, il se rapproche du streptocoque, et nous serions tentés d'en faire une espèce indépendante, tenant le milieu entre ces deux espèces microbiennes.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Février 1899.

Perforation spontanée de la vessie. — M. Castaigne présente l'appareil urinaire d'un malade du service de M. Chauffard: la vessie est perforée un peu en arrière du sommet; le contenu vésical, très hématurique, s'était répandu dans la cavité péritonéale. L'ouverture est ovalaire, plus grande qu'une pièce d'un franc; les bords en sont déchiquetés, comme sphacelés, et l'on perçoit alentour quelques veines variqueuses.

Le microscope montre que l'épithélium est partout conservé, que les fibres musculaires, au voisinage de la perforation, sont nécrosées, et surtout que les veines sont très ectasiques, non seulement autour de la perte de substance, mais en des points relativement éloignés.

Rien n'explique cette perforation; aucune constatation, aucun antécédent ne met sur la voie d'un diagnostic étiologique. Il s'agit d'un ulcère de nature indéterminée, s'étant terminé par perforation de la paroi vésicale avec toutes les conséquences de cette complication.

Le malade ne fit à l'hôpital qu'un court séjour. Les douleurs, l'hématurie, avaient fait penser à une lésion rénale; l'impossibilité de localiser exactement le siège du mal avait fait reculer le chirurgien.

Poches faisant saillie à la face interne de l'aorte. — M. Trénel a trouvé, à l'autopsie d'une paralytique générale, une aorte dont la cavité est rétrécie par deux poches allongées, adhérant intimement à la paroi.

M. Cornil dit qu'on peut faire deux hypothèses: ou bien il s'agit d'un soulèvement de la membrane interne par un abcès athromateux devenu kystique, véritable anévrisme qui a évolué vers l'intérieur au lieu de se développer au dehors; ou bien on se trouve en présence de quelque chose d'analogue aux végétations globuleuses du cœur, un caillot dont le centre se ramollit, tandis que la périphérie, fibreuse d'abord, s'organise ensuite grâce aux éléments cellulaires qui viennent s'y infiltrer. L'examen microscopique sera ici nécessaire.

Volvulus de l'intestin grêle, au niveau de sa terminaison, par péritonite chronique d'origine appendiculaire. — M. Saquépée montre les pièces d'un malade qui, après plusieurs crises d'appendicite, fut enfin opéré; les adhérences étaient telles que l'intestin se rompit et qu'il fallut établir un anus contre nature.

Le malade succomba, et l'on trouva, à l'autopsie, un intestin grêle formant des tours de spire au niveau de sa dernière portion, maintenu dans cette position par des adhérences fibreuses très résistantes, reliquat de la péritonite chronique. L'une des brides étranglait véritablement l'intestin en un point coulé à angle aigu, et causait les phénomènes d'occlusion observés pendant la vie. L'appendice adhérait par son extrémité à la portion rétrécie de l'intestin.

Maladie bleue; persistance du canal artériel; insuffisance des sigmoïdes pulmonaires. — M. Cestan montre le cœur d'une femme qui a vécu jusqu'à quarante-deux ans, malgré une cyanose congénitale; elle présentait un souffle diastolique de la base qu'on rattacha à une insuffisance pulmonaire.

À l'autopsie, l'orifice pulmonaire fut en effet trouvé insuffisant; d'autre part le canal artériel persistait, énormément dilaté.

M. Letulle fait remarquer que l'insuffisance de l'orifice pulmonaire n'est pas simplement fonctionnelle, mais qu'elle relève de lésions matérielles, d'endocardite chronique probablement congénitale, amenant en particulier une rétraction des sigmoïdes pulmonaires dont l'une est très réduite d'étendue.

Dans un autre ordre d'idées, il est rare de voir une aussi vaste communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte, surtout sans autre malformation cardiaque.

M. Cornil pense qu'il existe également un léger rétrécissement pré-aortique.

Hémiplégie spasmodique et aphasie consécutive à un fibrome de la dure-mère, sans dégénération du faisceau pyramidal. — M. Cestan apporte une grosse tumeur fibromateuse développée aux dépens de la dure-mère chez une femme de la Salpêtrière, âgée de cinquante-six ans. La tumeur avait déprimé et comprimé les circonvolutions motrices; elle se traduisait par une hémiplégie avec contractures et accès d'épilepsie partielle. Malgré l'ancienneté de la lésion, le faisceau pyramidal correspondant n'avait subi aucune altération.

Tuberculose généralisée chez un enfant de quatre mois; tubercules du péricarde viscéral et de la face externe de l'aorte; caverne pulmonaire. — M. Marcel Labbé montre le cœur d'un enfant qui a succombé à quatre mois, dans le service de crèche de M. Landouzy, à la tuberculose généralisée. Presque tous les organes sont parsemés de tubercules; on en voit à la surface du cœur, le long des sillons interventriculaires, et à la face externe de l'aorte, au niveau de la face antérieure.

Le poumon est farci de tubercules et offre dans un des lobes inférieurs une véritable caverne, lésion très rare à cet âge et analogue à celle d'une observation récemment présentée par M. Griffon.

Fractures multiples du péroné. — M. Georges Luys présente le squelette de la jambe droite d'un homme de quarante-sept ans entré dans le service de M. Le Dentu à la suite d'une chute dans laquelle cet homme avait eu la jambe droite prise sous la roue d'un lourd camion. À la suite de cet accident, tout le membre fut atteint de gangrène gazeuse, ce qui nécessita l'amputation immédiate de la cuisse.

Le tibia, sain dans toute son étendue, présente seulement un arrachement de la malléole interne à sa base.

Le péroné offre un éclatement de la malléole externe, et deux autres traits de fracture, isolant presque tout le corps de l'os.

Il s'agit là, évidemment, d'une fracture par cause directe qui tire son intérêt d'une part de ce qu'elle ne répond à aucun type de fracture bien défini, d'autre part de sa rareté, puisqu'on n'a pas souvent occasion de faire des examens nécropsiques de fractures récentes.

Ulcération simple, dysentérique, du gros intestin dans un cas de sténose par péritonite tuberculeuse. — M. Letulla revient sur un cas de sténose du rectum par processus extérieur de péritonite tuberculeuse, qu'il a présenté dans une séance antérieure.

Le gros intestin, dilaté en amont de la portion comprimée, était crené à sa surface interne d'ulcérations qu'on pouvait croire de nature tuberculeuse.

Or, l'examen microscopique, pratiqué depuis, a mon-

tré que ces lésions étaient de simples ulcérations dysentériques, sans traces de tuberculose, analogues en tous points à celles qui ont été étudiées ces temps derniers à la Société anatomique dans les cas de rétrécissement par cancer ou par bride du gros intestin.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

19 Janvier 1899.

Présentation d'un placenta dont un cotylédon de la masse n'est fixé que par un pédicule vasculaire. — M. Chavane. Dans le cas dont il s'agit, l'accouchement et la délivrance n'avaient rien présenté de particulier.

Ce n'est que l'examen ultérieur du placenta qui permit de découvrir ce lobule, retenu seulement par un pédicule vasculaire parlant d'un sillon légèrement en entonnoir.

Ce fait explique les cas où un cotylédon placentaire a été laissé dans un utérus, malgré l'examen le plus minutieux du placenta et des membranes.

M. Bar croit que cette préparation est artificielle et qu'il n'y a pas de caduque tout autour du pédicule de ce lobule.

Ce fait touche à la grosse question non encore résolue des cotylédons intra-déciduaux.

Peut-être ce cotylédon erratique correspond-il à une logette interglandulaire de la muqueuse utérine?

Ce dispositif n'est d'ailleurs pas rare dans le cas d'avortement.

Note sur un cas particulier d'anatomie pathologique du foie des éclampsiques. — MM. Bar et Guyesse. L'hémorragie a été jusqu'à présent considérée comme la lésion capitale du foie des éclampsiques; mais il y a autre chose. Souvent il existe des foyers de dégénérescence cellulaire sans trace d'hémorragie, les lésions brunâtres qu'on appelle taches hémorragiques ne méritant nullement cette appellation.

Dans les cellules malades, les noyaux contractés se chargent généralement de matières colorantes en grande quantité.

La somme des éléments cellulaires atteints dans un foie éclampsique est considérable. On peut dire que tout le foie se trouve pris et que très peu d'éléments restent bons et utiles.

De plus, toutes les lésions semblent être du même âge.

Cette constatation explique la soudaineté de l'apparition des accidents de l'éclampsie, qu'on peut considérer comme une hépatite suraiguë.

Endocardite infectieuse après un avortement; embolie dans l'artère rénale. — MM. Bindeau et Chavane. Il s'agit d'une femme dont l'œuf avait été perforé et infecté, et qui fit, à la clinique Tarnier, un avortement de cinq mois.

L'infection se généralisa rapidement: frissons violents répétés, pouls 140, vomissements, dyspnée violente. Malgré le traitement local et général, la malade mourut le vingt-quatrième jour de ses suites de couches, après avoir présenté un point douloureux phrénique et de l'aurie.

À l'autopsie, on trouva du liquide dans les plèvres, une rate énorme, très adhérente partout, des infarctus dans les reins, et enfin un cœur volumineux présentant des végétations en choux-fleurs adhérentes à la face supérieure de la valvule mitrale, et du volume d'un œuf de pigeon.

Le sang du cadavre ne contenait que du colibacille; mais le frottis splénique contenait, en outre, des streptocoques, qui étaient surtout abondants dans la végétation cardiaque.

Il semble donc que cette végétation endocardique septique a été le point de départ de tous les accidents.

Deux cas de grossesse extra-utérine (variété abdominale); opération et guérison. — M. Boissard. Dans ces deux observations, on trouve quelques phénomènes communs: douleurs abdominales presque continues pendant le cours de la grossesse; écoulements sanguins intermittents; expulsion de débris membranaires.

La laparotomie conduisit immédiatement sur les membranes de l'œuf, qui étaient remplies de caillots ayant été le siège d'hémorragies multiples dans leur cavité et dans leur épaisseur.

La poche fut marsupialisée, et la délivrance présenta les mêmes difficultés dans les deux cas, une hémorragie très abondante étant survenue à chaque tentative de décollement du placenta.

Celui-ci s'élimina progressivement et la guérison survint, mais après un temps très long dans les deux cas.

Un fœtus extra-membranaire. — M. Maygrier présente le placenta d'un fœtus qui s'est développé dans la cavité utérine en dehors des membranes. Cette pièce est très intéressante en ce sens que c'est la troisième observation publiée dans la science (le premier cas a été présenté par M. Tarnier au Congrès de Bordeaux en 1895).

La malade de M. Maygrier, primipare âgée de vingt-quatre ans, a perdu de l'eau en abondance à partir du cinquième mois de sa grossesse.

L'enfant, qui se présentait par le siège, est mort pendant le travail.

Le placenta était énorme. Les membranes s'inséraient

à 3 centimètres du bord du placenta; elles présentaient une ouverture très petite, et étaient elles-mêmes très peu développées. Il devint manifeste, par le cubage de l'œuf, que le fœtus dépassait notablement le volume de l'œuf et qu'il était inadmissible que l'un fût contenu dans l'autre.

Remarques anatomiques sur la dégénérescence kystique congénitale des reins. — MM. Brindeau et Macé présentent des préparations histologiques se rapportant à trois cas très différents à tous les points de vue.

Ils font de très grandes réserves sur les théories pathogéniques de cette affection. S'agit-il d'une néphrite interstitielle intra-utérine ou d'un arrêt de développement?

Doit-on au contraire admettre la théorie de la transformation épithéliale le plus communément acceptée, se manifestant au niveau du tube ou sous la forme adénomateuse?

Note sur l'anatomie de la dégénérescence kystique congénitale des reins et du foie. — M. Bar présente des préparations histologiques montrant qu'on peut observer différents types de cette dégénérescence avec ou sans sclérose, et qu'on rencontre tous les intermédiaires.

Dans un cas, il y a un simple tissu mucoïde très oedémateux et pas trace de tissu fibreux.

Dans un autre cas de fœtus âgé, il y a du tissu fibreux en abondance; enfin, il existe un état intermédiaire où il y a autour des kystes une couche très mince de tissu fibreux.

Il ne s'agit donc que d'une néphrite secondaire, ne présentant pas la forme de la néphrite interstitielle ordinaire, mais périnanculaire, périkystique.

M. Bar a observé trois cas de reins polykystiques appartenant à la postérité d'une même femme, qui lui ont fourni toute la série histologique.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

13 Janvier 1899.

Sur la présence du bacille court de Loeffler dans l'exsudat des angines ulcéro ou cramo-membraneuses post-opératoires. — M. Glover. On sait qu'après les interventions sur le cavum, à la suite de l'ablation des tumeurs adénoïdes, il se produit une véritable angine exsudative.

Dans onze cas, l'auteur a fait l'examen bactériologique de ces exsudats. Cinq fois l'examen bactériologique du mucus pharyngien avait été fait avant l'opération et avait révélé, chez trois enfants, la présence du bacille court de Loeffler, bien qu'aucun d'eux n'ait eu la diphtérie auparavant. La gorge des six autres opérés n'avait été l'objet d'aucun examen bactériologique préalable.

L'exsudat post-opératoire, au moment de son extension maxima, présente un polymorphisme microbien considérable. On rencontre, outre des saphrophytes, de gros cocci, des diplocoques, des staphylocoques, des streptocoques, dans un seul cas, enfin, le bacille court de Loeffler d'une façon constante. Les cultures de ce bacille inoculées à des souris n'ont provoqué que des phénomènes locaux.

Dans des recherches antérieures, M. Glover a observé la présence de ce même bacille court de Loeffler dans l'exsudat qui recouvrait un chancre syphilitique du pharynx, et, dans quelques cas, sur des plaques muqueuses.

Les instruments dont s'est servi M. Glover pour ces opérations sur le pharynx étaient parfaitement stérilisés, on ne peut invoquer en aucun cas une contagion quelconque.

Quelques observations de gommes syphilitiques du nez. — M. Sarremonne communique trois observations de gommes syphilitiques du nez. Il les fait suivre de quelques remarques. Les gommes du nez — que l'on observe, il est vrai, rarement dès leur début — ont une évolution lente, elles ne se manifestent les premiers mois que par un gonflement dur, rouge et non rétractile de la muqueuse nasale, s'accompagnant d'une gêne respiratoire intense, et, quelquefois, de douleurs névralgiques. L'ensemble de ces symptômes doit donc donner l'éveil.

En second lieu, un symptôme très important c'est la sensibilité à la pression des os propres ou du cartilage. C'est ce symptôme qui a fait faire le diagnostic dans deux cas, et on peut considérer en principe que tout nez douloureux est un nez syphilitique. Pour les quelques cas inflammatoires (eczéma et furoncle) qui font exception à cette règle, le diagnostic différentiel est généralement des plus faciles à faire. Les divers traités antérieurs ont omis de signaler ce symptôme, cependant pathogénomique.

Aiguille porte-fil pour le placement du drain dans la cure radicale de la sinusite maxillaire. — M. Mounier. Cet instrument, sorte d'aiguille à suture mousse, sert à guider le fil conducteur du drain, du sinus dans le nez, puis à l'extérieur.

Il permet, par sa courbure spéciale, de faire passer directement le drain du sinus dans la fosse nasale correspondante, aussi rapidement qu'on ferait un point de suture à la peau.

L'avantage de cet instrument, pour une opération déjà fort longue, est de mettre le drain en place beaucoup plus rapidement, plus facilement, avec un moindre traumatisme de la muqueuse nasale.

Du choix des appareils d'éclairage à l'acétylène en laryngologie, otologie et rhinologie. — M. Lichwitz. Pour faire suite à la communication du dernier Congrès de Moscou, M. Lichwitz revient sur la question de l'emploi de l'éclairage à l'acétylène en laryngologie.

Si, au début, il a préconisé, comme seuls exempts de dangers, les appareils où le carbure de calcium tombe en petites quantités dans une grande masse d'eau, cela tenait en grande partie à des raisons purement théoriques et au peu de perfection des systèmes où l'eau arrive sur le carbure de calcium. Depuis lors, ces derniers ont été employés à sa clinique et l'on a pu reconnaître qu'ils présentaient de réels avantages: une très grande fixité de la flamme, une absence complète d'odeur. De plus, l'entretien de l'appareil, sa charge, son nettoyage sont rapides et faciles, et le résidu n'est constitué que par une quantité assez faible de cendres presque sèches, avantage considérable sur les systèmes opposés, où il reste une forte proportion d'un lait de chaux très salissant et fétide puisqu'il contient en dissolution du gaz acétylène.

Un cas d'argyrie de la peau et des muqueuses consécutif à des cautérisations répétées de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent. — M. Meneau (de La Bourboule). Après une étude des différentes variétés d'argyrose, l'auteur essaie de donner une explication de leur pathogénie. Il cite à l'appui de sa thèse une observation d'argyrose de la peau et du pharynx consécutive à des badigeonnages de l'arrière-gorge au nitrate d'argent.

SAINT-HILAIRE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHERAPIE

19 Janvier 1899.

Les courants statiques induits. — M. Williams James Morton (de New-York) revendique la priorité de la découverte et de l'utilisation de ce qu'il appelle des « courants statiques induits ».

Dans une première note parue en 1881, rééditée avec de plus longs développements en 1891, il montrait comment il obtenait ces courants statiques induits avec une machine statique, quand une bouteille de Leyde ou tout autre condensateur est introduit dans le circuit. Ces courants sont capables de produire le tétanos physiologique, tandis que les étincelles simples provoquent seulement des contractions musculaires isolées.

Dans un dispositif nouveau, que M. Morton fait connaître aujourd'hui, le condensateur est supprimé et le malade n'est pas placé à l'intérieur du circuit d'étincelles de la machine.

Traitement de la constipation habituelle par la franklinisation. — MM E. Doumer et E. Musin ont traité la constipation habituelle par la franklinisation localisée, surtout au moyen de l'effluvia au niveau des fosses iliaques.

Ils ont constaté les résultats suivants:

1° L'effluvia au niveau des fosses iliaques suffit le plus souvent pour guérir avec rapidité la constipation habituelle liée à la neurasthénie;

2° Elle réussit également dans la constipation de convalescence d'un certain nombre d'affections générales;

3° Elle est impuissante dans la constipation liée à l'entéro-colite muco-membraneuse;

4° Elle est également impuissante dans l'atonie intestinale liée à des lésions du cerveau.

Traitement d'une tumeur sarcomateuse par la galvanocaustique. — M. Videbeck, médecin assistant de l'hospice Saint-Jean (de Copenhague) envoie la relation d'un fait clinique intéressant. Il s'agit d'une tumeur sarcomateuse, détruite par la galvanocaustique chimique; la tumeur n'a pas récidivé.

Traitement de la contracture musculaire par les courants à haute fréquence. — M. R. Sudzik (de Buenos-Ayres) fait connaître un deuxième cas dans lequel il a appliqué avec succès les courants à haute fréquence et à haute tension contre une contracture musculaire consécutive à un traumatisme.

D. LABBE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

19 Janvier 1899.

De quelques contre-indications momentanées de la vaccine. — M. Saint-Yves Ménard fait remarquer que si, dans les Maternités, on procède en général à la vaccination sept à huit jours après la naissance, c'est seulement afin que les enfants n'échappent pas à la vaccination, mais que le moment de choix est l'âge de deux mois environ. Encore, à moins qu'une épidémie de variole ne règne, faut-il différer lorsqu'il s'agit d'enfants venus avant terme ou restés débiles, ou bien d'enfants atteints de lésions eczémateuses de la peau.

Tables de corrections hydro-thermo-baro-volumétriques. — M. E. Gaultrel présente une table

permettant de corriger, au moyen d'une simple multiplication, tous les volumes gazeux relativement à la pression atmosphérique, la température ambiante et la tension de la vapeur d'eau.

Cette table, extrêmement pratique, est construite dans le genre des tables de Pythagore; elle n'exige que la connaissance de la température et de la hauteur barométrique en dehors de la détermination du volume gazeux à mesurer.

A. DE CRÉSENTIGNES.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

1^{er} Février 1899.

Paralysie athénique et albumosurie. — M. Senator. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une néphrite, et chez laquelle l'examen de l'urine montra la présence d'une grande quantité d'albumose. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, elle eut des troubles de la déglutition et une paralysie complète de la langue, et l'examen laryngoscopique montra que les mouvements des cordes vocales ne s'exécutaient pas d'une façon normale. Il n'existait pas d'autres troubles nerveux, ni d'œdème, ni de fièvre. L'examen électrique des muscles donna les réactions caractéristiques de la paralysie athénique.

La malade ayant succombé à un phlegmon de la hanche, on trouva, dans la moelle épinière, plusieurs cavités, mais aucune lésion pouvant expliquer la paralysie.

En rapportant cette observation, M. Senator se demande s'il n'existe pas de relation entre l'albumosurie et la paralysie athénique, en ce sens que le trouble de la nutrition qui amène la première provoque également la seconde.

M. Oppenheim a trouvé une caséification des ganglions bronchiques dans un cas de paralysie athénique, et un sarcome du médiastin dans un autre.

M. Remak a observé un cas où la paralysie athénique et la maladie de Basedow existaient en même temps.

Société de médecine interne de Berlin.

6 Février 1899.

Immunité contre le pneumocoque. — M. Wassermann a fait, sur des lapins, une série d'expériences qui lui ont montré qu'en cas d'infection pneumococcique, la substance immunisante se forme tout d'abord dans la moelle osseuse, et que ce n'est que plus tard qu'elle passe dans le sérum où on peut la trouver au bout de quatre ou cinq jours. Il semble qu'il en est de même dans la pneumonie franche, car, chez un homme qui a succombé à cette affection, M. Wassermann a constaté très nettement l'existence des substances antitoxiques dans la moelle du fémur.

Tabes et traumatisme. — M. Gnauck a montré un malade atteint de tabes et qui attribue son affection à un traumatisme qu'il a subi trois mois auparavant. Pour montrer jusqu'à quel point il est difficile de dégager le rôle étiologique du traumatisme en pareil cas, M. Gnauck a montré un autre tabétique qui, malgré son affection, est chargé d'un service actif sur une ligne de chemin de fer. Si ce malade venait à subir un traumatisme et qu'on découvre son tabes à cette occasion, on serait tenté de l'attribuer au traumatisme.

M. Goldscheider soutient que ce qui est établi, c'est que le traumatisme aggrave le tabes.

M. Ewald ne croit pas que ce fait soit hors de toute discussion.

Rachitisme et déformation du cerveau. — M. Virchow a montré les pièces provenant d'un enfant rachitique qui a succombé à la clinique de la Charité. A côté des lésions caractéristiques des côtes et des os longs, il existe un épaississement des os du crâne et une atrophie du cerveau qui paraît déformé. La déformation du cerveau s'observerait, d'après M. Virchow, principalement dans les cas où le rachitisme provoque une suture précocée des sutures du crâne.

M. Hansemann montre les pièces provenant de deux sœurs qui ont succombé à l'âge de un an et demi et deux ans et demi à une sorte de noma de la vulve.

Le squelette présente les lésions caractéristiques du rachitisme. La capacité du crâne, comparée à la moyenne des enfants de cet âge, est diminuée de moitié; les sutures sont soudées. Le cerveau est atrophie et déformé; les hémisphères cérébraux ne recouvrent pas complètement le cervelet et les circonvolutions ne sont pas complètement développées.

D'après les parents, le développement intellectuel de ces enfants aurait été normal.

M. Hansemann pense que les lésions du cerveau sont d'origine fœtale et ne sont pas produites par la syngonose précoce du crâne. Pour lui, il y aurait là simple coïncidence.

ILES BRITANNIQUES

Société pathologique de Londres.

7 Février 1899.

Hypertrophie congénitale du pylore. — M. Still présente trois exemples de pylore congénitalement hypertrophié. Le premier est fourni par un petit garçon de douze semaines chez qui les vomissements étaient apparus dès la cinquième semaine; au palper on sentait parfaitement le pylore formant tumeur. Dans le second cas, les vomissements étaient survenus la sixième semaine; le petit malade avait succombé deux mois après. Le troisième enfant avait commencé à vomir dès la troisième semaine; chez lui, comme chez les autres, les mouvements péristaltiques de l'estomac étaient très visibles.

Au point de vue histologique, les trois pylores présentent les mêmes particularités. Il y a hyperplasie des fibres musculaires circulaires, sans augmentation de tissu fibreux, sans infiltration inflammatoire. Il importe de remarquer que l'épaisseur de la couche musculaire varie beaucoup normalement chez les enfants, en dehors de l'état de contraction. Une première théorie veut que l'hypertrophie congénitale du pylore soit le fait d'une contraction spasmodique, survenant après la naissance, par un mécanisme analogue à la contraction du pylore chez les adolescents consécutive à l'action de substances irritantes. L'auteur estime que cette théorie est à rejeter, car elle ne saurait expliquer une hypertrophie aussi considérablement développée aussi rapidement. D'autres auteurs admettent qu'il s'agit d'une sténose congénitale primitive. Mais les mensurations démontrent que le diamètre de l'orifice pylorique n'est pas diminué. D'après une troisième hypothèse l'hypertrophie congénitale du pylore serait due à une hyperplasie congénitale de la couche musculaire. Or, la tumeur n'est perceptible que quelques semaines après la naissance. La quatrième théorie, celle admise par l'auteur, attribue l'hypertrophie à un spasme dû à des troubles d'ordre nerveux.

Dilatation de l'œsophage. — M. Barlow relate un cas dans lequel les vomissements et la dysphagie présentes par le malade étant sans cause apparente, on fit la laparotomie sans aucun résultat. A l'autopsie on constata que le diamètre de l'œsophage atteignait par endroits 6 centimètres. Il y avait hypertrophie de la couche musculaire circulaire. Langley ayant démontré récemment que les nerfs vagues contiennent des fibres dont l'excitation amène la dilatation de la partie inférieure de l'œsophage, ces nerfs furent examinés avec la méthode de Marchi; mais on n'y constata aucune lésion de dégénérescence.

Tumeur papillomateuse de l'ombilic. — M. Green montre une tumeur papillomateuse de l'ombilic enlevée à une femme de cinquante ans. Les caractères macroscopiques de la tumeur sont ceux des papillomes cutanés banals; mais l'examen microscopique révèle la présence de formations glandulaires et de fibres musculaires lisses. Les glandes sont tapissées d'épithélium cylindrique à gros noyau voisin de la membrane basale, et ressemblent, en plus grand, aux glandes de Lieberkühn. La surface de la tumeur est recouverte d'un épithélium stratifié à type cutané dont les couches les plus superficielles sont kératinisées. L'auteur pense que la tumeur s'est développée aux dépens des vestiges du canal vitello-intestinal.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hétoïl (cinnamate de sodium).

Parmi les innombrables agents thérapeutiques préconisés pour combattre la tuberculose, il en est un, encore peu connu en Allemagne, mais totalement ignoré en France, qui, au dire de cliniciens autorisés et compétents, mériterait de prendre place, dans notre arsenal thérapeutique, à côté de la créosote et du gaiacol; nous voulons parler de l'acide cinnamique, ou plutôt de l'un de ses sels, le cinnamate de sodium, plus connu dans la pratique sous le nom d'hétoïl.

D'après M. Landerer, qui en a fait une étude très consciencieuse et très complète, tant au point de vue des expériences de laboratoire qu'en ce qui concerne son efficacité chez l'homme, l'hétoïl serait appelé à jouer un très grand rôle dans la cure de la phthisie, et son action serait au moins aussi puissante que celle de la créosote.

Ce sel se présente sous la forme d'une poudre cristalline, blanche, peu soluble dans l'eau froide, bien soluble dans l'eau chaude, dans l'alcool et dans les corps gras.

En se basant sur ses nombreuses expériences personnelles et sur les résultats qu'il a observés, M. Landerer recommande d'administrer ce médicament par voie intra-veineuse, à l'aide d'injections pratiquées avec une simple seringue de Pravaz.

Pour faire ces injections, on peut se servir d'une solution aqueuse de cinnamate de sodium; cependant le médecin allemand préfère faire dissoudre l'hétoïl dans une solution physiologique de sel marin.

La technique employée est des plus simples, d'une innocuité absolue, à condition d'observer toutes les règles d'une bonne asepsie: désinfection rigoureuse du champ opératoire, stérilisation de la solution, stérilisation de la seringue et de l'aiguille.

Ces précautions prises, on fera pénétrer le liquide médicamenteux dans une veine du pli du coude, que l'on aura préalablement fait saillir sous la peau par une constriction du bras, comme cela se pratique pour la saignée.

Cette petite opération terminée, il suffit de retirer l'aiguille et d'appliquer sur la piqûre un pansement aseptique légèrement compressif.

Pour ce qui est de la marche à suivre dans l'application de ce traitement, il sera prudent de commencer par des doses très faibles, 1 milligramme, que l'on renouvellera toutes les 48 heures, en augmentant chaque fois la dose de 1/2 à 1 milligramme jusqu'à concurrence de 25 milligrammes, jamais plus.

Ce traitement devra être continué pendant 4 à 6 mois, au bout desquels on fera bien de le suspendre pour 1 ou 2 mois, pour le reprendre ensuite.

LIVRES NOUVEAUX

A. Pinard. — *Clinique obstétricale*. Paris, 1899. (G. STEINHEIL, éditeur).

C'est un livre très personnel que M. le professeur Pinard vient de publier, sous le titre de *Clinique obstétricale*. Pensant, à juste titre, que l'exercice de l'art des accouchements ne s'apprend qu'à l'hôpital, et que les faits observés et analysés à l'hôpital en présence de la parturiente perdent toute valeur, sinon toute valeur, en sortant de la clinique, il n'a réuni, dans ce volume, que les leçons consacrées à ses travaux personnels ou à une évolution thérapeutique sanctionnée par l'expérience et le temps. De cette façon, les leçons réunies dans ce volume se divisent naturellement en deux groupes: l'un, consacré aux questions scientifiques proprement dites, comprend une série d'études sur la symphysectomie et l'ischio-pubiectomie, deux opérations auxquelles le nom de M. Pinard est si étroitement attaché; les études sur la grossesse extra-utérine, sur le cancer de l'utérus pendant la puerpéralité, sur l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité, sur les injections de sérum de chien chez les nouveau-nés débiles, etc., etc.

Dans le second groupe, on trouvera les leçons touchant à certains faits de thérapeutique obstétricale, qui présentent un intérêt particulier pour le praticien: traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta, traitement des hémorragies par décollement du placenta normalement inséré, action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la grossesse, hémorragies utérines pendant l'état puerpéral, conduite à tenir en cas de fœtus mort avec œuf ouvert et dilatation incomplète, soins à donner aux femmes en couches, etc. Dans toutes ces études sur des questions soulevées depuis une dizaine d'années, on retrouve celles personnelles de M. Pinard.

Mais M. Pinard n'est pas seulement accoucheur: il estime que l'obstétrique a des affinités étroites avec la sociologie, et que l'accoucheur doit s'occuper des faits sociaux qui ressortissent à son domaine. Il a fait tout son possible pour faire pénétrer cette idée dans l'esprit de ses auditeurs, et il continue cette propagande auprès de ses lecteurs. Les leçons consacrées à la puériculture intra-utérine, à l'assistance des femmes enceintes, en témoignent suffisamment: comme l'a dit un confrère de la presse, c'est « du bon, du vrai socialisme, auquel voudront s'associer tous les esprits véritablement généraux ».

R. ROMME.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Congrès français de médecine. — Le cinquième Congrès français de médecine s'ouvrira à Lille, le vendredi 23 Juillet 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès: 1° des myocardites; 2° des adénies et leucémies; 3° l'accoutumance aux médicaments.

Ont bien voulu accepter de faire des rapports: sur la 1^{re} question, MM. Huchard, de Paris, et Renaut, de Lyon; sur la 2^e question, MM. Denys, de Louvain, et Sabrazès, de Bordeaux; sur la 3^e question, MM. Simon, de Nancy, et Heymans, de Gand.

Ces rapports seront imprimés et distribués, un mois environ avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales.

Toute demande de renseignements peut être dès à présent adressée au professeur Combemale, secrétaire général du Congrès, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — M. Boubilla, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, rappelle aux confrères qui ont l'intention d'assister au Congrès qu'ils doivent lui envoyer leur adhésion avant le 1^{er} mars. Passé cette date, ils ne pourraient plus jouir de réductions de chemins de fer.

Le titre des communications doit être envoyé au secrétaire général avant le 15 mars.

Le chiffre de la cotisation est de 20 francs, que l'on peut envoyer en mandat-poste au secrétaire général.

Le Congrès se tiendra du 4 au 9 avril. Il comprendra des excursions aux Iles, à Toulon et à Aix.

Les cours libres dans les Ecoles de médecine. — Un arrêté du ministre de l'instruction publique décide que, dans les Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie situées en dehors du siège des Universités, les cours libres sont autorisés par le recteur, après avis du Conseil de l'École.

Société médico-chirurgicale de Paris (Séance du 27 Février 1899). — Rapport de M. Duchesne sur la candidature de M. Ed. Michel au titre de membre honoraire. — Rapport financier de M. Vigier, trésorier. — M. Bouloumié. Pathogénie des lithiases biliaires. — M. Dubrisay. Un cas de stercoremie pendant les suites de couches. — M. Forestier (d'Aix-les-Bains). Le réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. — M. Pecker. Suppléance fonctionnelle d'un organe malade par un organe sain. — M. Longhois. L'hygiène hospitalière et l'assistance publique à Joigny, du x^{vi} siècle à nos jours.

Faculté de médecine de Lille. — L'Assemblée de la Faculté, appelée à élire son doyen, a présenté en première ligne, par 28 voix et un bulletin blanc sur 29 votants, le professeur de Lapersonne; en deuxième ligne le professeur Combemale.

Laboratoire de bactériologie de la préfecture de la Seine. — Durant le mois de Janvier 1899, le laboratoire de bactériologie de la préfecture de la Seine a effectué 200 diagnostics d'angines douteuses, parmi lesquelles 94 se sont montrées diphtériques, ce qui porte à 47 pour 100 la proportion de ces dernières, proportion très élevée si on la compare aux taux trouvés antérieurement.

Depuis le mois de Septembre où la proportion pour 100 des angines diphtériques a été trouvée égale à 6,4, nous assistons à une aggravation progressive dans la malignité des angines: en Octobre ce taux était de 33,8, en Novembre de 34,3, en Décembre de 30,9 et, comme on vient de le voir, en Janvier 1899 ce taux s'est brusquement élevé à 47 pour 100.

Le même laboratoire a été appelé à effectuer, pendant le mois de Janvier 1899, 147 autres diagnostics parmi lesquels 102 relatifs à des produits souppés tuberculeux, où le bacille de Koch a été trouvé 34 fois, exactement dans les tiers des cas.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la sixième semaine 1.087 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (969), mais très voisin de la moyenne (1.082) des semaines de Février des cinq années précédentes.

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès, chiffre inférieur à la moyenne (6). Cette maladie, contrairement à ce qu'on a dit, n'a pas été fréquente au mois de Janvier; elle tend à devenir plus rare encore.

Le nombre des décès par rougeole s'est élevé à 26 (au lieu de 15 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 17). Cette maladie est rare dans le centre de la ville, car les dix premiers arrondissements ne comptent, au total, que 4 décès. Parmi les quartiers de la périphérie, les plus atteints sont: la Villette (5), Plaisance (4), Auteuil (2) et le Combat (2). La rougeole tend à se reprendre depuis quatre semaines (les chiffres hebdomadaires successifs ont été: 6, 10, 15, 26).

La coqueluche a causé 12 décès (au lieu de la moyenne (14)). La scarlatine n'a causé qu'un seul décès. La variole a causé 4 décès dans chacune des dernières semaines; celui de la semaine précédente avait eu lieu dans le quartier d'Amérique, le plus récent à Charonne.

Corps de santé militaire. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2^e classe, les élèves de l'École du service de santé militaire reçus docteurs en médecine dont les noms suivent: MM. Aïx, Beaujeu, Billon, Blondeau, Blondel de Joigny, Blot, Boppe, Bouchart, Busy, Cailion, Chaudoye, Cochois, Comte, Gordier, Courvoisier, Darfeuille, Debève, Delacroix, Delhru, Denacqara, Diénot, Ecochard, Fabre, Ga, dit Gentil, Gentier, Gavard, Génévrier, Grenier de Cardenal, Gueytil, Hahn, Hochweiler, Humbel, Humbert, Janot, Jojot, Josse, Julie, Julien, Kolb, Lannou, Laporte, Le Dantec, Le Guénel de Lignerolles, Lexa, Lorentz, Malaspina, Mercier, Mordant, Morel, Moulin, Muneret, Ouin, Pigeon, Regnault, Rigourd, Robert, Rouclaud, Rouvillois, Savornin, Sirot, Sorel, Sousselier, Spire, Suttel, Tanton, Thouzelier, Trille, Uzac, Vennin.

BIBLIOGRAPHIE

A. Le Dentu et P. Delbet. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Tome VII. *Maladies de la main, de l'abdomen, du péritoine et de l'intestin*. 1 vol. in-8^o raisin, de 844 pages, avec 115 figures. Prix: 12 fr. (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Granules de Catillon

à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les **Trois Granules de Catillon**, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titre, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl., 3 fr.

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

OBÉSITÉ. MYXŒDÈME. HERPÉTISME. GOITRE

Tablettes de Catillon

à 0^{er}.25 de corps

THYROÏDE

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

ARGENTAMINE "SCHERING" (Solution d'Ethylène diamine d'argent, correspondant à une solution de nitrate d'argent au dixième) de beaucoup supérieure aux solutions de nitrate d'argent jusqu'ici couramment employées.

CHLORALAMIDE — Hypnotique entièrement exempt de danger.

CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE "SCHERING"

Nouveau succédané de la Cocaïne, beaucoup moins cher que cette dernière. Le Chlorhydrate d'Eucaine a été l'objet de nombreux essais physiologiques et thérapeutiques: il est absolument inoffensif à doses physiologiques et provoque une anesthésie rapide et complète. — se servir de solutions aqueuses au dixième.

LÉVULOSE "SCHERING" Succédané du Sucre de canne; aliment précieux pour les diabétiques.

VENTE EN GROS: **MAX frères, 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS**
Dépôt chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE au Bromure de Potassium (exempt de chlorure et d'iode), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hôpitaux spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Espagne, en Italie, en Russie, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux sucres d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon: 5 francs.
Ph^m MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, ph^m de 1^{re} classe, gendre et successeur
Dépôt à Paris: Ph^m BRUNSCHWIK, 10, Rue Richelieu et dans toutes Pharmacies.

PRÉPARATIONS DE MALT
DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT

AU CRÉOSOTAL

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Vente en Gros: L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la Machine à écrire "REMINGTON", n^o 7

Caractères "PICA" — Clavier médical.

Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser: WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS

1^o Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant:

Teinture de Belladone 5g^r

Alcoolature de Racines d'aconit

2^o Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de:

Alcool à 90° 100g^r

Salol 4g^r

Saccharine 0g^r 50

Teinture de vanille 5g^r

Essence de menthe 5g^r

Carmin pulvérisé qs. pour colorer

3^o Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE: 30 Millions de Bouteilles PAR AN
SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac. Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate
de **CHAUX**
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Lachon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
F. JAYLE Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

L'HYPERTROPHIE COMPENSATRICE EN PATHOLOGIE RÉNALE, par M. J. ALBARRAN. 85
LE CHAMPIGNON PARASITE DU CANCER, par M. BUA (avec 9 figures en noir). 87

MÉDECINE PRATIQUE

A propos de la technique des greffes de Thiersch, par M. GUELLIOT. 91

ANALYSES

Médecine expérimentale : Du rôle de la rate dans les infections artificielles et dans les infections naturelles, par MM. L. BLEUMERICH et M. JADOTY. 91
Médecine : Les maladies des pays chauds; leur étude, leur enseignement, par M. J. BRAULT. 91
Chirurgie : De l'exclusion totale de l'intestin; recherches expérimentales, par M. ROMANS VON BARAZZ. — Curetage des voies biliaires pour remplacer le cholécystectomie et la cholécotomie, par M. E. ROSE. — Sceliose d'origine hystérique, par M. WEGNER. — Du traitement du varicocèle par la ligature sous-cutanée en hourse du scrotum, par M. H. NIMIER. — Cancer des lèvres, par M. TH. FRICKE. 91

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Nouveaux faits relatifs à la réaction sous-périostée du condyle. Autopsie d'un coude réséqué totalement depuis vingt huit ans et reconstruit en une prothèse solide et fonctionnellement mobile, ayant tous les caractères d'un ginglyme parfait, M. OLLIER. — Sur l'emploi du bioxyde de sodium dans l'étude de la fonction respiratoire, MM. DESGREZ et BALTHAZARD. — La vie en milieu confiné, M. D'ARSONVAL. — Sur une fibrine cristallisée, M. A. MAILLARD. — De la nature du sucre cristallin des diabétiques, MM. G. PATEIN et DUFAY. 73
Académie de médecine : La séance est levée en signe de deuil. 72
Société de biologie : Note sur la formule hème-leucocytairé dans l'érysipèle, MM. CHANTEMESSE et REY. — MM. MALASSIEZ, CHANTEMESSE, VAQUEZ. — Sur les leucocytes granuleux du sang de l'homme, M. JOLLY. — De l'indicatrice comme symptôme isolé d'insuffisance hépatique, MM. GILBERT et WEIL. — Influence des maladies de la mère sur le développement des rejetons, MM. CHARRIN et NATTAN-LARRIER. — Les illusions de poids chez quelques malades hypokinesthésiques, M. CZAPARÉDE. — Action diurétique du salicylate de soude et de l'antipyrine, MM. BARBIER et FRENKEL. — Oophoréomie ovarienne dans l'épilepsie, MM. TOULOUSE et MARGHANT. — Myographie, M. WEISS. 72
Société médico-chirurgicale : Le sérum pré-tuberculeux acide, M. GAUTRELET. MM. CAZAUX, GAUTRELET, RIBARD, GAUTRELET. — L'adaptation en cardiopathie, M. HUCHARD. MM. TRIFLET, HUCHARD, GAUTRELET, HUCHARD, TRIFLET, HUCHARD. 78
Société d'ophtalmologie de Paris : Une forme cir-

cinée de chorio-rétinite syphilitique, M. DARYEN-DUFER. — Plaque fibro-cartilagineuse épissérale, M. H. VAUDE. — Section du nerf optique par un plombé de chasse. Deux cas d'hémorragies intra-oculaires par contusion du globe, M. R. JOCOS. 73

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 28 Février 1899, à 1 heure. — M. NARBONNE : Kystes du canal de Nück; MM. Guyon, Budin, Maygrier, Albarran. — M. RUBINOT : Contribution à l'étude de la symphysiostomie; MM. Budin, Guyon, Maygrier, Albarran. — M. LEHMANN : De l'infection anitiotique et de ses conséquences pour l'enfant; MM. Budin, Guyon, Maygrier, Albarran. — M. THÉNON : Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl; MM. Budin, Guyon, Maygrier, Albarran.

Judi 30 Février 1899, à 1 heure. — M. SAINTURET : Lésions professionnelles de la main chez les tonneliers; MM. Brouardel, Mathias-Duval, Charrin, Wurtz. — M. LOXE : Des voies de la conduction centrale de la sensibilité générale; MM. Mathias-Duval, Brouardel, Charrin, Wurtz. — M. PIGAUDET : Considération sur la réinfection syphilitique; M. V. Cornil, Dieulafoy, Troisier, Achard. — M^{lre} KIEBER : De la pleurésie non hémorragique dans le cancer du poumon; MM. Dieulafoy, Cornil, Troisier, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Retterer, Desgrez. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Lanelongue, Reclus, Varnier. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Blum, Lejars, Maclaury. — 5^e (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Vidal, Méry. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Humbert, Lejars.

Mardi 28 Février 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Rémy, Hanriot, Gley. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Chassevaut, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Quénu, Bonnaire, Thiéry. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Berger, Hartmann, Faure. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Jaccoud, Chantemesse, Thiroloix. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Dieulafoy, Charrin, Marfan.

Mercredi 1^{er} Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Blum, Lejars, Schileau. — 2^e Nouveau régime : MM. Gautier, Rémy, Launois. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Terrier, Legueu, Lepage. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Joffroy, Lancereux, Gilles de la Tourette.

Judi 2 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pra-

tique : MM. Le Dentu, Richelot, Thiéry. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Rémy, Gley, André. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Panas, Maygrier, Faure. — 4^e Laboratoire de pharmacologie. Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Vaquez. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Roger, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Guyon, Bonnaire, Albarran.

Vendredi 3 Mars 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Blanchard, Broca (André). — 4^e Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Reclus, Walther, Sebileau. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Humbert, Broca (Aug.), Maclaury. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Lancereux, Gaucher, Vidal. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 4 Mars 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Hanriot, André. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Debove, Hallopeau, Marfan. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Hutinel, Ménétrier, Roger. — 4^e : MM. Pouchet, Chantemesse, Vidal. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Quénu, Maygrier, Bonnaire.

Exercices pratiques de médecine opératoire. — 1^o à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le professeur TERRIER et de M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des Travaux de médecine opératoire; 2^o à l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, n° 47), sous la direction de M. QUÉNU, agrégé, directeur des Travaux scientifiques dudit amphithéâtre.

Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront :

1^o A l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi 14 Mars 1899;
2^o A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le mardi 14 Mars 1899.

Il y aura lieu tous les jours, à 1 heure.
Ces exercices sont obligatoires : 1^o pour les élèves docteurs de 3^e année (nouveau régime) en vue de la 12^e inscription; 2^o pour les élèves docteurs (ancien régime) et les élèves officiers de santé de 1^{re} année, en vu de la 16^e inscription.

Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1^o Les élèves docteurs de 3^e année (nouveau régime) et de 4^e année (ancien régime) sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de Janvier 1899 (10^e : nouveau régime, et 14^e : ancien régime), et de la carte d'immatriculation;

2^o Les élèves officiers de santé de 1^{re} année sont inscrits dans les mêmes conditions (14^e inscription);

3^o Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français et étrangers, devront obté-

**L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE**

POUGUES TONI-DIGESTIVE

SAINTE-GALMIER BADOIT

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 15, 22 FÉVRIER 1899.

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

CASCARA DEMAZIERE
PILULES DRAGIFIÉES
SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL

PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrénaie, Thyroïdienne **MONCOUR**

nir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir ;

4° Les élèves obligés devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 13 au 28 Février. — Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants ;

5° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 Février 1899.

Nouveaux faits relatifs à la résection sous-périostée du coude. Autopsie d'un coude résecqué totalement depuis vingt-huit ans et reconstitué en une néarthrose solide et énergiquement mobile ayant tous les caractères d'un ginglyme parfait. — M. Ollier. L'auteur relate l'autopsie d'un coude résecqué, le 17 Juin 1870, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse avec fongosités très abondantes et fistules ossifluentes multiples; l'opéré est mort en Octobre 1898 à la suite d'une affection néoplasique des vertèbres, complètement différente de la tuberculose.

Le coude était reconstitué par un ginglyme parfait, présentant une solidité latérale absolue, et jouissant de mouvements complets et énergiques de flexion et d'extension.

De puissants muscles s'inséraient autour de l'articulation, à leur place normale. La néarthrose était déterminée par la rencontre et l'exacte adaptation des nouvelles tubérosités humérales avec les extrémités, également de nouvelle formation, des os de l'avant-bras, et, en particulier, avec un olécranon large et épais, qui se logeait, dans l'extension complète, dans une fosse olécrânienne, déterminée en arrière par la saillie des deux tubérosités latérales de l'humérus.

Le bras opéré tendu horizontalement portait 17 kilogrammes, le bras normal en supportait 20.

A l'autopsie, on trouve autour de l'articulation des muscles épais et bien nourris; la masse osseuse reproduite paraît plus volumineuse que la partie analogue du coude sain; les tubérosités humérales, au lieu d'être transversales, ont la forme d'appendices malléolaires et emboîtent les os de l'avant-bras; la cavité articulaire n'existe pas, à proprement parler, sur toute l'étendue de la surface humérale, mais seulement dans l'espace trochiléen; telle est la constitution de cette néarthrose qui démontre ce qu'on peut obtenir comme résultat définitif et permanent de la résection sous-périostée du coude.

Sur l'emploi du bioxyde de sodium dans l'étude de la fonction respiratoire. — MM. Desgrez et Balthazard. M. Bouchard ayant montré la nécessité de mesurer l'oxygène utilisé par l'organisme pour établir l'équation si complexe de la nutrition, il était nécessaire de rechercher un réactif capable de satisfaire à la double condition de dégager l'oxygène utilisé et d'absorber l'acide carbonique éliminé.

M. d'Arsonval a fait connaître une première solution du problème, basée sur la décomposition mutuelle de l'eau oxygénée et de l'acide chromique donnant à froid et automatiquement un dégagement d'oxygène proportionnel à l'acide carbonique émis par l'animal. Le bioxyde de sodium se décompose à froid, par addition d'eau, en oxygène et en soude. Si on alimente un animal d'oxygène à l'aide de cette réaction, il se produit plus d'acide qu'il n'en faut pour absorber l'acide carbonique élaboré; de là découle l'application qui peut en être faite à l'étude de la respiration.

La vie en milieu confiné. — M. d'Arsonval, en présentant la note précédente, rappelle certains points historiques de la question. On sait depuis longtemps qu'un animal à sang chaud peut vivre normalement dans un milieu absolument clos, à la condition qu'on absorbe l'acide carbonique qu'il dégage et qu'on dégage l'oxygène qu'il absorbe. D'autre part, une quantité limitée d'azote peut servir indéfiniment à la respiration d'un animal supérieur. Il ne faut pas croire cependant, d'une façon trop absolue, que le rôle de l'azote dans la fonction respiratoire soit purement passif. Des expériences inédites laissent penser que l'azote joue un rôle capital dans les phénomènes respiratoires et que, notamment, c'est grâce à sa présence que l'acide carbonique peut sortir aussi rapidement du sang qu'il le fait. Il faut également tenir compte de la présence des toxines volatiles signalées par Brown-Séquard et d'Arsonval. Récemment, MM. Laborde et Jaubert ont annoncé qu'ils avaient découvert une substance chimique dégageant l'oxygène et absorbant l'acide carbonique; ces auteurs ayant tiré à la publicité seulement leurs résultats et non leur méthode, il est actuellement impossible de juger la valeur du procédé. Quoiqu'il en soit, M. d'Arsonval a signalé, il y a dix-sept ans, le moyen de réaliser ces conditions par la décomposition mutuelle de l'eau oxygénée et de l'acide chromique.

Sur une fibrine cristallisée. — M. A. Maillard. Les matières albuminoïdes ne sont connues jusqu'ici qu'à l'état cristallin. L'Institut sérothérapique de l'Est prépare depuis plusieurs années du sérum antidiphthérique dont les tubes non utilisés sont retirés de la circulation au bout de quelques mois. On a remarqué que ces tubes, parfaitement limpides à leur départ, offraient au retour un dépôt blanc, pulvérulent, dense, plus ou moins abondant, entièrement constitué par la fibrine en cristaux microscopiques; cette fibrine n'est pas spéciale au sérum antidiphthérique, puisqu'on retrouve le même dépôt de fibrine cristallisée dans du sérum de bœuf n'ayant subi aucune immunisation. Ainsi, lorsqu'on sépare le sérum limpide après la coagulation du sang, il contient encore en faible quantité les générateurs de la fibrine, et la réaction s'achève avec une assez grande lenteur pour que le produit affecte la structure cristalline. Ce qui le prouve, c'est que, dans un certain nombre de tubes où la fibrine est apparue dès les premières semaines, elle se présente sous la forme ordinaire de flocons amorphes.

De la nature du sucre urinaire des diabétiques. — MM. G. Patein et Dufau. On peut rencontrer dans les urines pathologiques la glycose, la lévulose, l'inosite, la dextrine et les gommes. On admet généralement que le sucre des urines diabétiques est de la glycose et que la lévulose s'y rencontre rarement.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes: une urine dont la teneur en sucre ne paraît pas la même, suivant qu'on la détermine au saccharimètre ou à la liqueur de Fehling, contient cependant bien toujours de la glycose.

Lorsqu'il y a une différence entre les chiffres des deux méthodes, elle provient de la présence dans l'urine de matières levogènes que le sous-acétate de plomb employé pour la détection et l'examen au saccharimètre ne précipite pas complètement; il convient de le remplacer par le nitrate acide de mercure.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

21 Février 1899.

En raison de la mort de M. le Président de la République, la séance est levée en signe de deuil.

M. LABBE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

18 Janvier 1899.

Note sur la formule hémoleucocytaire dans l'érysipèle. — MM. Chantemesse et Rey. L'examen du sang chez les érysipélateux, pratiqué au cours de la période d'état ou de la convalescence, peut fournir des renseignements utiles sur le pronostic de la maladie ou sur les rechutes possibles.

Il y a dans l'érysipèle une concordance entre la courbe de la température et celle de la leucocytose totale: l'abaissement du chiffre de la leucocytose précède souvent l'abaissement du chiffre thermique. Le pourcentage des diverses espèces de globules blancs contenues dans un chiffre donné, fournit des renseignements un peu différents suivant les âges et les formes de la maladie.

Chez les adultes qui guérissent, les polynucléaires subsistent, jusqu'à la guérison confirmée, une diminution de nombre constante; le nombre des grands mononucléaires, peu modifié pendant la période fébrile, s'accroît à la veille ou au début de la défervescence; la couche des lymphocytes marche en sens inverse de celle des polynucléaires; les éosinophiles absents en général pendant la période fébrile, reparaissent au moment de la défervescence et parfois en assez grand nombre.

Chez le vieillard, la formule hémoleucocytaire se fait remarquer par l'élévation du chiffre de la proportion des polynucléaires; chez l'enfant, par l'abondance des lymphocytes surtout au moment de la défervescence.

Les cas qui se terminent par la mort présentent une hyperleucocytose qui dépasse toujours le chiffre de 12.000 et une hyperpolynucléose qui atteint et dépasse la proportion de 92 pour 100. La persistance à un chiffre élevé ou le retour brusque d'une polynucléose annonce l'imminence d'une rechute. De l'examen de nos courbes, on peut conclure que le chiffre de la leucocytose et surtout celui de la polynucléose est dans l'érysipèle en rapport étroit avec l'état de gravité de la maladie.

M. Malassez. Il y a déjà longtemps, j'ai eu l'occasion d'examiner le sang d'un certain nombre de malades atteints d'érysipèle. J'ai toujours noté une leucocytose très abondante, liée à la réaction ganglionnaire. La formation d'un abcès amenait chez ces malades une véritable pluie de globules blancs, constatée à l'examen hématique.

M. Chantemesse. J'ai également pu constater ces mêmes faits. J'ajoute que je n'ai jamais vu mourir les malades atteints d'érysipèle s'accompagnant de suppuration. Ces remarques faites déjà anciennement, pour quelques maladies infectieuses, par M. Fochier avaient été le point de départ de sa méthode thérapeutique par abcès de fixation.

M. Vaquez. Chez la plupart des malades en imminence de suppuration, j'ai observé des faits analogues, et pu

souvent prévoir des accidents septiques, par la constatation d'une leucocytose marquée.

Sur les leucocytes granuleux du sang de l'homme. — M. Jolly. On sait qu'il existe dans le sang de l'homme des globules blancs dont le protoplasma contient des granulations réfringentes, ayant une affinité remarquable pour les couleurs acides (cellules éosinophiles à granulations α), à côté de ces cellules il en existe d'autres plus nombreuses, à granulations moins réfringentes (cellules neutrophiles à granulations γ) qui se colorent facilement par le mélange d'une solution de couleur acide et d'une couleur basique. Je tiens à faire sur ce dernier point quelques remarques; j'ai pu constater que, dans certaines conditions de technique, la granulation γ pouvait se colorer ou non par l'éosine, être invisible ou apparaître avec plus ou moins de netteté. J'ajoute que la conclusion de certains auteurs qui admettent la transformation dans le sang de la granulation γ en granulation α me semble un peu prématurée, car, en réalité, on ne trouve pas dans le sang de la circulation générale de véritables intermédiaires entre les deux, et si cette transformation existe, ce qui est possible, il faudrait de préférence la rechercher dans les lieux de formation de globules blancs.

De l'indicaurie comme symptôme isolé d'insuffisance hépatique. — MM. Gilbert et Weil. Nous venons d'observer un malade dont l'observation montre nettement le rôle prépondérant du foie dans la production de l'indicaurie. Chez un homme, tuberculeux pulmonaire, dont les urines contenaient une assez grande quantité d'indican, nous avons pu supprimer l'indicaurie, grâce à l'ingestion d'extrait hépatique. Le malade étant mort subitement, l'examen microscopique permit de constater, avec l'absence de lésions digestives, un gros foie atteint de dégénérescence graisseuse.

Influence des maladies de la mère sur le développement des rejetons. — MM. Charrin et Nattan-Larrier. Nous avons observé une malade de dix-neuf ans, qui a succombé au cours d'une fièvre typhoïde, à forme hyperthermique, à une syncope cardiaque. Cette malade au septième mois d'une première grossesse, a accouché, quelques heures avant sa mort, d'un enfant ne pesant que 1.100 grammes; cet enfant a vécu quarante-huit heures. A l'autopsie on a noté des lésions du cœur, mais, surtout des lésions du foie devenu dégénéré et graisseux. L'intestin et le foie renfermaient du staphylocoque doré et du colibacille.

On peut voir par cette observation à quel degré les maladies de la mère peuvent impressionner le développement du fœtus.

Les illusions de poids chez quelques malades hypokinesthésiques. — M. Claparède. Des objets en réalité de même poids ne nous paraissent pas tels s'ils sont de volume différent. Par suite d'une expérience héréditaire, nous proportionnons la force et la vitesse à déployer pour les soulever à leur poids probable et par suite à leur volume. L'objet le plus volumineux est ainsi saisi avec une rapidité et une force plus grandes et paraît plus léger. Chez certains malades hypokinesthésiques, les objets de même poids et de volume différent sont perçus aussi lourds les uns que les autres. Du côté des membres sains, l'illusion réapparaît aussitôt.

Action diurétique du salicylate de soude et de l'antipyrine. — MM. Barbier et Frenkel. Nous avons expérimenté chez le chien l'action de l'antipyrine et du salicylate de soude, au point de vue de la diurèse provoquée par l'inoculation intra-veineuse de ces médicaments. L'urine était recueillie directement après mise à nu de l'uretère et fixation d'une canule urétérale. Le salicylate de soude a provoqué une diurèse assez marquée; l'antipyrine, au contraire, une diminution prononcée dans la quantité d'urine émise.

Ophothérapie ovarienne dans l'épilepsie. — MM. Toulouse et Marchand. Nous avons soumis à l'ingestion de glandes ovariennes un certain nombre de malades épileptiques dont l'apparition des crises convulsives nous avait semblé liée à l'établissement des fonctions menstruelles. Chez d'autres, les crises convulsives présentaient une intensité plus grande à chaque nouvelle menstruation. Nous avons souvent, dans ces cas, obtenu une diminution du nombre des accès et des vertiges comitiaux.

Myographie. — M. Weiss fait une communication sur la contraction provoquée du muscle au repos, ou à l'état d'activité.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

13 Février 1899.

Le sérum pré-tuberculeux acide. — M. Gautrelot lit un rapport sur le sérum pré-tuberculeux acide.

M. Cazaux, tout en voyant avec le plus grand intérêt les expériences de M. Gautrelot, reste un peu sceptique au point de vue pratique et attend les résultats cliniques. Le sérum de Maragliano doit être expérimenté dans un hôpital de Paris.

M. Gautrelot. Notre sérum est aussi inoffensif que celui de Maragliano; il est beaucoup plus facile à préparer.

M. Ribard. Pourquoi chercher à acidifier l'organisme pique, normalement, le sang est alcalin, et s'il devient acide dans la maladie il retrouve son alcalinité quand le malade s'améliore?

M. Gautrelet. Le sang n'est alcalin qu'en apparence. En réalité, il est acide; la preuve, c'est qu'il contient de l'acide carbonique. S'il était alcalin, cet acide carbonique ne pourrait pas exister, il se combinerait aux bases. D'autre part, dans des recherches faites avec M. Barureau, j'ai vu des tuberculeux s'améliorer en s'acidifiant.

L'adaptation en cardiopathie. — **M. Huchard.** Le cardiaque est un malade qui a besoin de repos : repos du corps, repos de l'esprit, repos de la pharmacie; telle est la triple alliance qui peut donner la paix au cœur. Avec l'hygiène et le régime alimentaire, on résout en grande partie le problème de la cardiopathie : l'adaptation (bien différente de la compensation) du cœur périphérique au cœur central, et réciproquement.

Après un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'une affection vasculaire est constituée, il y a lésion d'orifice, mais il n'y a pas encore maladie du cœur. A cette période où la lésion ne produit aucune perturbation circulatoire, la thérapeutique n'a rien à faire. Seuls l'hygiène et le régime alimentaire doivent intervenir, car c'est la période d'ensyotie, de compensation, comme on dit couramment. Mais cette compensation ne se fait pas seulement du côté du cœur, elle se fait dans tous les organes au moyen du phénomène de l'adaptation. Les organes s'adaptent à la lésion cardiaque. Ainsi, le rétrécissement mitral pur peut rester longtemps à l'état latent, parce que le cœur étant réglé pour un faible travail le système artériel tout entier finit par s'adapter à un petit cœur. Dans le rétrécissement aortique juvénile, le ventricule gauche peut ne pas s'hypertrophier d'abord, l'adaptation se fait dans tout le système artériel.

Dans les insuffisances vasculaires, mitrales en particulier, l'adaptation se fait dans les organes qui résistent plus ou moins aux poussées congestives qui les menacent.

Pour les affections valvulaires de l'aorte, l'adaptation se fait dans la grande circulation, dans tout l'arbre artériel. Pour les affections mitrales, l'adaptation a son siège dans la petite circulation. Dans les premières, la compensation porte sur le ventricule gauche; dans les secondes, sur l'oreillette gauche d'abord, le ventricule droit ensuite.

L'adaptation est différente de la compensation. Ainsi, dans le rétrécissement mitral, la compensation se produit au ventricule droit, qui se dilate et s'hypertrophie pour résister à l'énorme tension de la petite circulation ou même à l'orifice tricuspide; l'adaptation se fait au ventricule gauche, qui se rétracte et s'atrophie. L'hypertrophie du cœur n'est donc pas toujours « providentielle ». Le cœur ne s'hypertrophie pas pour lutter, mais parce qu'il lutte. C'est là une nouvelle condamnation du traitement systématique d'œrtel. Il faut distinguer entre l'hypertrophie simple du myocarde et l'augmentation de volume par hyperplasie conjonctive qui conduit à la cardiectasie. L'une retarde l'asystolie, l'autre la prépare.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cardiopathies artérielles. Il ne faut pas vouloir toujours agir sur le cœur central lui-même. Soulager le cœur pour le fortifier, tel est le principe; et on le soulage en diminuant les résistances périphériques, en adaptant tous les organes et le cœur lui-même à leur puissance fonctionnelle amoindrie.

Au lieu de chercher la compensation dans l'organe malade, il faut la chercher dans les organes sains, chargés en quelque sorte de le suppléer. Pour un cœur atteint dans sa force contractile, ce n'est pas au myocarde qu'il faut s'adresser, puisqu'il a subi des altérations plus ou moins profondes, mais à tout le système artériel, dont il faut combattre l'état de contraction.

Ce sont là, du reste, des règles de thérapeutique générale. Dans une maladie d'organe plus ou moins altéré, il faut, non pas rester hypnotisé devant l'organe malade, mais songer pour la médication à son organe compensateur, au rein et au système artériel pour le cœur, au rein pour le foie, quelquefois au cœur pour le poumon.

La cardiopathie doit répondre aux trois ordres de symptômes observés : symptômes d'hypertension artérielle, symptômes méiographiques, symptômes toxiques.

L'hypertension artérielle est combattue par l'hygiène et le régime alimentaire, par les mouvements actifs ou passifs et par certains médicaments; tels sont les moyens d'adapter l'organisme au système cardio-vasculaire profondément atteint. L'œrtel, qui s'est rarement trompé, a dit avec raison « qu'on réussit souvent à faire vivre de longues années certains malades avec des affections du cœur plus ou moins graves ».

M. Tripet. M. Huchard a-t-il nettement observé des accidents occasionnés par la méthode d'œrtel?

M. Huchard. La méthode d'œrtel est irrationnelle. Il n'y a pas lieu, ainsi que le dit M. Potain, de rechercher l'hypertrophie compensatrice, elle se produit seule et souvent trop tôt. D'autre part, dans le rétrécissement mitral, l'hypertrophie ne peut se faire qu'au ventricule droit. Dans l'insuffisance aortique, elle se produit au ventricule gauche. Dans ce dernier cas, à la rigueur, le système d'œrtel peut être bon; mais, dans les premiers cas, on n'obtiendra rien. Il n'y a qu'une classe de malades qui se trouvent bien de cette méthode, ce sont les obèses.

M. Gautrelet croyait que la méthode d'œrtel aboutissait à créer cet état d'adaptation dont a parlé M. Huchard.

M. Huchard. Œrtel fait le contraire de ce que nous faisons; il ne donne pas de lait et nous en donnons beaucoup; il donne des bains de vapeur. Comme lui, nous prescrivons souvent un exercice méthodique, mais pas toujours. Il y a trois affections où l'exercice est impossible : la sclérose simple, la sclérose avec angine de poitrine et le rétrécissement mitral. Je fais, du reste, dans certains cas, marcher mes malades sur des pentes douces : c'est la vieille méthode de Stoker.

M. Tripet ne veut pas défendre Œrtel, mais il croit que par des mouvements passifs ou actifs, il a obtenu des améliorations même sur des asystoliques.

M. Huchard. Comme M. Potain, je suis contre la méthode d'œrtel. Celui-ci cherche toujours à produire l'hypertrophie compensatrice. Or, cette hypertrophie doit se produire tantôt au cœur droit, tantôt au cœur gauche. Comment sa méthode pourrait-elle avoir cette action élective?

DEPIERRES.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

7 Février 1899.

Une forme circonscrite de chorio-rétinite syphilitique. — **M. Dreyer-Dufur** présente un malade de trente-trois ans, infecté à vingt-deux ans, qui est venu le consulter pour un abaissement de la vue, accompagné de mouches volantes. L'œil gauche présente à l'ophtalmoscope un anneau exsudatif dont le diamètre égale cinq à six fois le diamètre de la papille. Cet anneau est conforme, dans ses détails, à la symptomatologie de celui de la rétinite circonscrite; il en est même un très bel exemple. La différence avec la « retinitis circumata » de Fuchs, réside chez son malade dans le siège anormal de l'anneau exsudatif (au-dessus de la région maculaire) et dans l'absence de lésions de cette région. L'intérêt particulier de ce cas réside dans :

- 1° Les antécédents spécifiques;
- 2° La coexistence d'une chorio-rétinite;
- 3° La présence, au centre de l'anneau, de petites hémorragies en grains de raisin, suspendues aux ramuscules de division d'une artère, offrant les épaississements en chapelet caractéristiques de la péri-artérite.

M. Dreyer-Dufur considère choroïdite, rétinite, et artérite sous la même dépendance, la syphilis, et, ayant surtout pour but d'arrêter l'évolution de la choroïdite initiale de l'œil droit, il a institué un traitement intensif (huile grise, iodure de potassium, arséniate de strychnine).

Plaque fibro-cartilagineuse épiscclérale. — **M. Valude.** Il s'agit d'une excroissance congénitale que j'ai observée chez un enfant de sept ans et demi. Cette excroissance siègeait au niveau de l'équateur du globe oculaire, placée en ce point entre les muscles droit supérieur et droit externe de l'œil gauche. Elle formait une petite tumeur aplatie, bosselée, très dure, du volume et de la forme d'une grosse lentille et mobile sous la conjonctive et sur la sclérotique. Aucune coloration anormale en ce point. Cette tumeur, très petite au moment de la naissance, avait pris, dans les derniers mois, une extension marquée, mais sans aucune douleur. Je débarrassai l'enfant de cette tumeur, qui ne faisait certainement pas corps avec la sclérotique, au moyen d'une dissection qui fut facile. Cependant la petite production atteint par un pédicule fibreux, large de 4 ou 5 millimètres et épais de 1 millimètre, à une petite cupule déprimée en ce point de l'enveloppe fibreuse de l'œil. La guérison fut, du reste, aussi simple que possible. La vision n'avait jamais été atteinte et la réfraction était normale. Cette production néoplasique était constituée par du fibro-cartilage.

Section du nerf optique par un plomb de chasse.

— Deux cas d'hémorragies intra-oculaires par contusion du globe. — **M. R. Joëqs.** 1° M. P... reçoit, à la chasse, plusieurs plombs dans la tête et dans la figure. Immédiatement l'œil droit devient exophtalmique et perd la vision. Examen, quatre jours après : ni sur le globe ni sur la conjonctive, ni sur les paupières, on ne voit trace de l'entrée d'un projectile. Les milieux ont gardé leur transparence, les membranes sont intactes, mais la vision est abolie. Il est donc évident que le nerf optique a été coupé. Une blessure de plomb existe à la partie interne de l'arcade sourcilière. Le projectile a donc dû pénétrer dans l'orbite en suivant la paroi interne, et a sectionné le nerf optique en blessant quel que vaisseau (d'où hémorragie et exophtalmie), mais sans toucher ni le globe, ni muscle, ni nerfs.

2° M. J... reçoit à la chasse, à 60 mètres, un plomb sur l'œil droit qui ricoche sur le globe sans le pénétrer et vient érauler la conjonctive du cul-de-sac conjonctival inférieur, pour ressortir ensuite. Immédiatement après, obscurcissement de la vision. Le malade vu plus de deux mois après n'a encore que $V = \frac{1}{10}$. Rapidement à la suite du traitement : injections de pilocarpine, courants continus, la vision s'améliore et $V = \frac{3}{3}$.

3° M. P..., ayant ses lunettes, reçoit une casserole

tombée d'une étagère pas très haute. Le verre gauche de la lunette reçoit le choc sans se briser et vient contusionner l'œil. Immédiatement perte de la vision. L'examen fait le lendemain montre l'œil plein de sang et inéclairable. Plus tard, il s'éclaircit et on voit, sur la cristalloïde postérieure, des stries et quelques procès ciliaires rompus. Bien que la malade ait recouvré une partie de la vision, le fond de l'œil, papilles et vaisseaux, sont invisibles; on ne voit que le fond rouge de l'œil et quelques corps flottants dans le corps vitré. Même traitement que dans le cas précédent.

V. MORAX.

HOPITAUX ET HOSPICES

AVIS. — En raison des obsèques de M. le Président de la République, qui doivent avoir lieu jeudi 23 Février, la séance de distribution aux externes de 1^{re} année (1^{re} moitié de la liste) des cartes de placement dans les services hospitaliers, est remise au lendemain vendredi 24 Février, à 4 h. 1/2, et pour la seconde moitié de la liste au samedi 25 Février, à 2 h. 1/2.

Hôpital Broca (annexe Pascal, 411, rue Broca). — Cours complet de gynécologie. — M. Pozzi reprendra ses Leçons cliniques de gynécologie le vendredi, 3 Mars, à 10 heures du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Un cours complet de gynécologie, en 24 leçons, sera fait sous sa direction, les lundis et mercredis, à 10 heures, à partir du lundi, 6 Mars.

Démonstrations d'histologie tous les samedis à 10 heures, à partir du samedi, 4 Mars, par le chef de laboratoire du service.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Faculté de médecine de Paris. — M. Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris pour une nouvelle période de trois ans, à dater du 26 Février 1899.

Société de biologie. — M. Thomas est élu membre titulaire de la Société de biologie.

L'Assistance médicale au Palais de Justice. — M. Floquet, médecin en chef du Palais de Justice et du Tribunal de Commerce, vient de faire paraître la statistique des cas médicaux et chirurgicaux qui, pendant ces deux dernières années, ont réclamé ses soins. Dans cette liste, nous relevons les cas suivants, qui indiquent les maladies les plus fréquentes que M. Floquet est appelé à soigner dans l'intérieur du Palais.

Affections cardiaques, 41; syncopes, 105; congestions cérébrales, 17; épilepsie, 65; hystérie, 174; catalepsie, 5; affections mentales, 7; contusions, 58; tentatives de suicide, 2.

Les eaux de l'Avre. — Il résulte de l'étude faite par la commission spéciale désignée par le préfet de la Seine que les eaux de l'Avre, prises à leur point d'émergence, ne présentent aucune trace de germes pathogènes et que leur opacité, qui a si profondément alarmé la population, résulte de la présence de matières inorganiques en suspension, que les couches filtrantes supérieures, engorgées en cette saison par l'abondance des eaux atmosphériques, étaient impuissantes à retenir.

M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, s'est chargé de la rédaction du rapport sur les travaux de la commission, qui sera prochainement publié.

Corps de santé de la marine. — Est promu au grade de médecin de 1^{re} classe, M. Vincent, médecin de 2^e classe.

Étranger.

— MM. Kabrbel, Prausnitz et Bujwid, professeurs extraordinaires d'hygiène aux Universités de Prague, Graz et Cracovie, sont promus à un rang de professeurs titulaires.

— La Chambre belge vient de voter une proposition de loi qui était réclamée par nombre de praticiens de province.

En 1897, les pharmaciens de Ninove assignèrent devant le tribunal correctionnel d'Audenarde deux médecins nouvellement établis dans la ville et qui débitaient eux-mêmes leurs médicaments. En vertu d'une ancienne disposition légale, généralement ignorée, ce cumul est interdit dans les localités possédant une Commission médicale, à moins d'autorisations spéciales. Aussi le tribunal condamna-t-il les médecins (16 Octobre 1897), jugement qui confirma la Cour d'appel de Gand (20 Avril 1898). Encouragés par ce succès, les pharmaciens ont assigné depuis lors des médecins anciens exerçant le cumul des deux professions avant la création dans leurs communes d'une Commission médicale.

La proposition de loi dont M. Heynen a pris l'initiative avec un certain nombre de ses collègues avait pour but d'éviter une série de poursuites et un dommage notable pour de nombreux praticiens.

Après discussion la Chambre belge a adopté le dispositif suivant :

« Tout médecin qui, avant le 8 Décembre 1898, avait un dépôt de médicaments, peut continuer à en fournir à ses malades, tant qu'il réside dans la même localité. »

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;
2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE : Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule. Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

AIROL

ANTISEPTIQUE
interne et externe.

L'AIROL n'est pas toxique.
L'AIROL est inodore.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

Cicatrisant des plaies

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Pepsi-Maltose Durand

GRANULÉE

Pepsine extractive, Maltine pure

ANOREXIE - GASTRALGIE
VOMISSEMENTS

Se prescrit aux malades auxquels l'alcool est interdit.

Per Martial Bodin

GRANULÉ

Oxyde ferro-manganique soluble et
Glycérophosphate de soude

ANÉMIE - CHLOROSE
PALPITATIONS NERVEUSES

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1876, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bœuf.
Allimentés Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

TAMARINE GRIGNON

EN
Pilules Molles

Spécifique de la

CONSTIPATION

• PRIX •
Boîte 2/50
de 60 Pilules

• PRIX •
1/2 Boîte 1/50
de 30 Pilules

Dépôt Pharmacie
25, RUE DROUOT, PARIS

A DÉTACHER
BON GRATUIT
pour Une Boîte

TAMARINE GRIGNON
en Pilules Molles

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION**

Nom

Adresse

SIGNATURE DU DOCTEUR

DÉPOT GÉNÉRAL : 25, Rue Drouot, Paris.

- GRANULÉE**
1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES**
1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.
- ELIXIR**
On croit boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP**
1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.

MARQUE DÉPOSÉE



Délicieuse au goût

La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LUXATION ANCIENNE DU COUDE, par M. le professeur S. Duplay (avec 1 figure en noir) 93

MÉDECINE PRATIQUE

La bronchopneumonie de la rougeole, sa prophylaxie, son traitement, par M. A.-F. Plicque 95

ANALYSES

Médecine : Aphasie dans la fièvre typhoïde, par M. S. LOPRIONI. — Anévrisme de l'aorte abdominale ouvert dans le psoas, puis dans la plèvre, par M. C.-E. BREVON. 96

Chirurgie : Un cas très rare de mélanosarcome de l'œil, tumeur née d'une tache de pigmentation mélanique congénitale de la sclérotique, par M. A.-L. DUPRAZ. 96

Ophthalmologie : Mydriase hystérique alternante et intermittente, par M. JACOVIDES. — Traitement de l'épiscoréie par l'électricité, par M. P. FAUSTIN. — Lésions du nerf optique déterminées par les adénomes intracranienues, par MM. ROGON-DUIGNEAUD et STANCHÉLÉAND. 96

Rhinologie, otologie, laryngologie : Un cas de pneumocèle probable du sinus frontal, par M. POSTHUMUS MEYER. 96

Le personnel hospitalier féminin à Londres, par M. L. NATYAN-LARRIER (avec 2 figures en noir) 75

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Sur l'infection typhique expérimentale chez le chien, MM. R. LÉVINE et B. LYONNET. — Contribution à l'étude des chlorophylles animales. Chlorophylle du foie des invertébrés, MM. A. DASTRE et N. FLORESCO. — Nouvelle méthode d'examen quantitatif ou qualitatif des albuminoïdes, diastases, alcaloïdes, leucosamines ou toxines, notamment ceux des urines, M. P. CHIBRET. — Influence d'une légère traction sur l'excitabilité du nerf, M. G. WEISS. 77

Société de chirurgie : Traitement de l'appendicite, M. MICHAUX. MM. GÉRARD-MARCHANT, HAUMANN. — De l'emploi du masque au cours des opérations, M. BERGER. MM. TERRIER, BERGER, TERRIER. — Amputation interscapulothoracique, M. BERGER. — Luxation congénitale de la hanche droite, M. MENON. — Tumeur de la face d'origine congénitale, M. SELLÉAU. — Néphrectomie secondaire, M. PIGUÉ. 77

Société médicale des hôpitaux : Autopsie d'un cas de spondylose rhizomélique, MM. P. MARIE et LÉRI. MM. RENDE, FLORAND, RAYMOND. — Lésion tabagique, M. GILLES DE LA TOURETTE. — Maladie d'Addison chez un nègre, M. THIBERGE. — Radiographies dans un cas d'infantilisme myxoédémateux, M. THIBERGE. — L'éli-

mination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale, MM. ACHARD et CASTAIGNE. — Maladie d'Addison, M. RENDE, M. DÉCLÈRE. 79

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du paludisme chez l'enfant. 79

LIVRES NOUVEAUX

La photothérapie, par M. H.-R. FISHER. 80

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

— Les cours du semestre d'été de l'année scolaire 1898-99 auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 4^{er} Mars :

COURS

Opérations et appareils : M. Terrier. Opérations chirurgicales pratiquées sur les viscères abdominaux (*suite*) ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, grand amphithéâtre de l'École pratique. — Pathologie interne : M. Hutinel. Infections chroniques ; mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard (M. Roger, agrégé, chargé de cours). Étiologie, pathogénie et traitement des maladies infectieuses ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — Histoire naturelle médicale : M. B. Blanchard. 1^o morphologie et biologie des microbes ; 2^o principaux parasites de l'homme et maladies qu'ils déterminent ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté. — Hygiène : M. Proust. De l'air, des eaux et des lieux ; étiologie et prophylaxie des maladies aiguës (fièvre jaune) et des maladies chroniques (le diabète) ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Histoire de la médecine et de la chirurgie (fondation Salmon de Champotran) : M. N... (M. Ménétrier, agrégé, chargé de cours). Histoire de la médecine depuis les origines jusqu'à nos jours ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — Médecine légale : M. Brouardel. Génération, grossesse, accouchement, avortement ; lundi, vendredi, à 4 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Conférences de médecine légale : M. Brouardel. Conférences de médecine légale ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Morgue.

CLINIQUES

Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales : MM. Potain, Jaccoud, Hayem, Dieulafoy. Cliniques médicales ; mardi, samedi, à 10 heures, à la Charité ; mardi, samedi, à 10 heures, à la Pitié ; mardi, samedi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine ;

mercredi, samedi, à 10 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu. — Cliniques chirurgicales : MM. Duplay, Le Dentu, Tillaux, Berger. Cliniques chirurgicales ; mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu ; mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Necker ; lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à la Charité ; lundi, vendredi, à 9 h. 1/2, à la Pitié. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Joffroy. Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, lundi, jeudi, à 3 h. 1/4, à l'asile Sainte-Anne. — Cliniques des maladies des enfants : M. Grancher. Clinique des maladies des enfants ; mercredi, samedi, à 4 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Fournier. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; mardi, vendredi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux ; mardi, vendredi, à 10 heures, à la Salpêtrière. — Clinique ophtalmologique : M. Panas. Clinique ophtalmologique ; lundi, vendredi, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu. — Clinique des maladies des voies urinaires, M. Guyon. Clinique des maladies des voies urinaires ; mercredi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital Necker. — Cliniques d'accouchements : MM. Pinard, Budin. Cliniques d'accouchements ; lundi, vendredi, à 9 heures, à la clinique d'accouchements (clinique Baudelocque), 125, boulevard de Port-Royal ; mardi, samedi, à 9 h. 1/2, à la clinique d'accouchements (clinique Tarnier), rue d'Assas.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe : M. Walther, agrégé. Maladies chirurgicales du thorax et des membres ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Accouchements : M. Bonnaire, agrégé. Accouchements normal et dystocique ; opérations obstétricales ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, grand amphithéâtre de l'École pratique.

CONFÉRENCES

Chimie biologique : M. Desgrez, agrégé. Etude des tissus ; fonctions générales au point de vue chimique ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté. — Physique biologique : M. Broca (André), agrégé. Acoustique et optique physiologiques, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté. — Anatomie : M. Thiéry, agrégé. Cou, thorax et membre supérieur ; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Histologie : M. Lanois, agrégé. Le système nerveux et les organes des sens ; le sang, la lymphe ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; le système glandulaire ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, grand amphithéâtre de l'École pratique. — Physiologie : M. Langlois, agrégé. Organes des sens ; reproduction ; lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures, grand amphithéâtre de l'École pratique. — Pathologie interne : M. Thiroloix, agrégé. Maladies du foie et des reins ; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — Pathologie externe : M. Mautclair, agrégé. Maladies chirurgicales du rachis et de l'abdomen ; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — Thérapeutique : M. Va-

CROSNIER SIROP MINÉRAL SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRATE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 80, Pl. des Vosges et P^{tes}.

LA TECHNIQUE DES RAYONS X. Manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie à l'usage des médecins, chirurgiens et amateurs de photographie, par ALEXANDRE HÉBERT, préparateur à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8^o carré, de 150 pages, avec figures et planches hors texte. Cartonné. Prix : 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 16, 25 FÉVRIER 1899.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

HAMAMELIDINE LOGEAS — Métrorrhagies, Troubles de la ménopause, Hémorroïdes, Varices, Tonique vasculaire.

HÉMONEUROL COGNET Oxyhémoglobine, Kélanine et Glycérophosphate de Chaux. RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

S^T-LÉGER TONI-ALCALINE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

quez, agrégé. Thérapeutique élémentaire; lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — Anatomie pathologique: M. Méry, agrégé, tube digestif, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (voir l'affiche annonçant l'ouverture de la conférence). — Maladies de la peau: M. Gaucher, agrégé. Dermatoses diathésiques; dimanche, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis. — Médecine opératoire: M. Hartmann, agrégé. 1^o Opérations d'urgence; 2^o opérations gynécologiques; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

TRAVAUX PRATIQUES

Physique biologique: M. Weiss, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique biologique. — Histologie: M. Retterer, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie. — Physiologie: M. La-borde, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. — Chimie pathologique: M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de chimie pathologique. — Médecine opératoire: M. Hartmann,

agrégé, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire. Exercices de médecine opératoire. — Anatomie pathologique: M. Brault, chef des travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Les jours, heures, laboratoires où auront lieu les travaux seront indiqués à l'affiche spéciale des travaux pratiques du semestre d'été.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — DIVISION DES ÉTUDES

Nouveau régime (Décret du 31 Juillet 1893).

Première année: Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Physique biologique. — Chimie biologique. — Travaux pratiques obligatoires: physique, histologie, physiologie.

Deuxième année: Histologie. — Physiologie. — Physique biologique. — Chimie biologique. — Pathologie interne et externe. — Cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires: stage hospitalier, physique biologique, histologie, physiologie.

Troisième année: Médecine opératoire. — Pathologie

interne. — Parasitologie. — Pathologie externe. — Pathologie expérimentale et comparée. — Obstétrique. — Anatomie pathologique. — Pathologie générale. — Cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires: stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique, chimie pathologique.

Quatrième année: Thérapeutique. — Hygiène. — Médecine légale. — Pharmacologie. — Matière médicale. — Cliniques médicale, chirurgicale, spéciales et obstétricale. — Histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires: stage spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs: matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Cinquième année: Travaux pratiques facultatifs: matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc.

Le musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours de midi à 5 heures.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2.

LE PERSONNEL HOSPITALIER FÉMININ A LONDRES

L'Assistance publique de Paris, après une longue période d'essais, ayant le projet de modifier et d'améliorer le recrutement et le mode d'instruction du personnel d'infirmières dans ses hôpitaux et hospices, il est intéressant de montrer, par comparaison, les résultats que l'application de principes essentiellement différents des nôtres a donnés dans un hôpital anglais, à Londres même.

Le *London Hospital*, que nous avons visité à plu-

à leur personnel secondaire une situation toute spéciale, le recrutement de ce personnel diffère essentiellement de ce qu'il est chez nous.

C'est, en effet, la bourgeoisie, et en particulier les familles de médecins et de clergymens qui fournissent au personnel hospitalier ses principaux éléments. Nous donnerons facilement une idée de la culture intellectuelle des surveillantes « sisters » si nous disons que, sur trois surveillantes avec lesquelles nous visitâmes l'hôpital, deux comprenaient et parlaient le français. Un tel recrutement est d'ailleurs nécessaire, car l'infirmière, appelée au bout de quelques années à prendre une large part à la direction du service auquel elle est attachée, est soumise dès le début à un système d'instruction et

est celle d'entrée en exercice, au titre du personnel hospitalier secondaire.

L'Ecole préparatoire fut fondée en 1895; elle a pour but de fournir aux futures infirmières les premières notions nécessaires à leur instruction technique. La maison est organisée pour recevoir simultanément vingt jeunes femmes.

Avant d'être admises dans cette institution spéciale, les élèves adressent une demande à la surveillante en chef de l'hôpital; elles remplissent un long imprimé comprenant à la fois une série de questions sur leur famille, leur âge, leur éducation, leur situation sociale; elles doivent également fournir des renseignements sur leur état de santé.

Les élèves de l'Ecole préparatoire sont logées à



SALLE DE MALADES

sieurs reprises, et dont nous avons pu étudier le fonctionnement grâce à la collaboration de notre excellent collègue et ami M. J. Masbrenier, passe à juste titre pour le type de ces hôpitaux anglais où le souci du confortable et du bien-être des malades et du personnel atteint son plus haut degré. Il faut avouer, d'ailleurs, que si les hôpitaux anglais font

d'éducation technique remarquablement soignée.

Si l'on envisage dans son ensemble le mode d'enseignement des infirmières, on voit qu'il comprend trois périodes: la première est une période préparatoire, passée en dehors de l'hôpital et qui dure six semaines; la deuxième est un véritable stage hospitalier, d'une durée de deux ans; la troisième

l'Ecole, où l'instruction leur est donnée gratuitement, où elles sont nourries. Rien n'a été négligé pour assurer leur confort; néanmoins, elles sont encore logées deux par deux; leur hygiène personnelle est soigneusement surveillée.

Pendant cette période, elles reçoivent d'une part une instruction théorique: conférences cliniques,

classes d'anatomie, de physiologie et d'hygiène; d'autre part, une éducation pratique : pansements, cuisine, balayage, époussetage.

Si les élèves, au cours de cette période, se montrent impropres à leur profession, elles sont aussitôt exclues de l'Ecole préparatoire; mais si, d'elles-mêmes, sans cause valable, elles renoncent à leur projet, elles sont tenues de verser une amende de 250 francs.

Un examen portant sur les diverses matières en-

D'autre part, sous la direction particulière des surveillantes, les stagiaires participent à tous les soins des services hospitaliers; elles doivent, notamment, faire un certain nombre de veilles.

Chaque année, on distribue des récompenses à la suite d'un concours. Toute infraction au règlement peut être punie de suspension ou de renvoi.

A côté de ces stagiaires régulières, il existe des stagiaires payantes, versant d'emblée 350 francs, qui restent acquis au cas où la stagiaire renonce à

il en diffère cependant en ce que le gros travail (balayage, lavage, nettoyage des crachoirs et des bassins) leur est épargné; ce sont des femmes logées au dehors et sans éducation spéciale qui accomplissent ces besognes. En temps normal, il n'existe pas d'infirmières; l'hôpital possède seulement 33 porteurs chargés de mener les malades au jardin, de les conduire d'une salle à l'autre, de monter les repas.

Les attributions des sœurs sont plus importantes



SALON DES INFIRMIÈRES

seignées à l'Ecole préparatoire précède l'entrée des élèves dans les services hospitaliers.

L'examen a-t-il été satisfaisant, les élèves entrent pour une semaine à l'hôpital et subissent, à la fin de cette période, un nouvel examen; puis vient, si on les accepte comme infirmières, un nouveau stage d'un mois et un nouvel examen.

A partir de ce moment, après avoir été à nouveau soumises à une visite médicale, elles promettent d'obéir aux règlements, sont nommées *stagiaires* régulières et signent un engagement de trois ans, dont deux années sont destinées à l'enseignement pratique, tandis que la troisième est consacrée au service régulier.

Durant cette période, elles sont nourries et logées à l'hôpital, dans des chambres isolées et spéciales; elles touchent : la première année, 444 francs, et la deuxième, 644 francs. On leur fournit gratuitement une partie de leur uniforme.

L'instruction théorique consiste, chaque année, en trois séries de conférences : la première, faite par la surveillante en chef; la deuxième, par un chirurgien; la troisième, par un médecin de l'hôpital : chacune de ces séries comporte de douze à seize leçons.

La surveillante en chef est chargée d'enseigner, en même temps que la petite chirurgie, la pratique journalière des soins hospitaliers. Au chirurgien revient l'enseignement des éléments essentiels de l'anatomie, dont il montre aussitôt l'application à la pathologie externe; quant au médecin, dirigeant son instruction d'une façon analogue, il indique le traitement des principaux symptômes et les soins hygiéniques à donner dans les diverses maladies.

ses projets; elle peut, au contraire, être incorporée si elle a fait régulièrement son service.

Le personnel de l'hôpital comprend trois degrés: les « probationnaires », dont nous venons de parler, les « staff nurses », les « sisters ». Ces trois éléments sont représentés dans tous les services; nous pourrions les comparer aux infirmières non diplômées, premières filles et surveillantes de nos hôpitaux.

Les appointements varient pour les nurses entre 550 et 625 francs; le traitement des nurses de nuit est plus élevé et peut atteindre 675 francs. Les sisters de jour ou de nuit reçoivent de 1.000 à 1.500 francs par an. Les infirmières comme les surveillantes peuvent, d'ailleurs, bénéficier d'une pension de retraite. Elles sont déchargées des frais de logement, de nourriture et sont en partie habillées.

On voit que déjà, au point de vue pécuniaire, la situation des infirmières anglaises est de beaucoup préférable à celle de nos infirmières, si peu payées. Il convient de faire remarquer, en outre, qu'entre les infirmières de nuit et les infirmières de jour existe un roulement tous les trois mois, alors que, chez nous, c'est un personnel de rebut, absolument inexpérimenté, qui a la garde des malades précisément aux heures où ce service demande le plus d'initiative et d'intelligence.

Est-ce donc qu'on exige d'elles un service plus assujettissant que celui de nos infirmières? Les surveillantes doivent être au travail dès le matin; tout doit être en ordre à 9 h. 1/2; elles sont libres d'autre part après 5 heures du soir, pourvu qu'elles aient pris leurs dispositions pour assurer le service de nuit.

Le service auquel les nurses sont astreintes est sensiblement le même que celui de nos infirmières;

que celles de nos surveillantes. Elles ont la direction absolue de leur service, surveillent les cahiers de visite, s'occupent de la température, de la ventilation et de toutes les questions d'hygiène. Elles ont la surveillance du matériel, font les inventaires, avertissent les familles quand la situation d'un malade s'aggrave, enforment l'administration et se chargent de faire appeler les ministres du culte. Elles surveillent les repas de leurs infirmières, donnent des notes à la matrone sur l'état de leur service; enfin, on leur laisse une certaine initiative dans l'administration de quelques médicaments d'urgence. Au premier abord, cette liberté semble excessive; elle est cependant la conséquence naturelle du mode de recrutement, de l'instruction préalable et de l'éducation des surveillantes.

A la tête de tout le personnel est une sorte de directrice qui porte le titre de *matrone*. Cette fonction est attribuée à une femme d'un rang social élevé, jouissant à la fois d'une haute autorité morale et d'une compétence indiscutable. Elle a pour rôle de choisir les infirmières, d'assurer les services, de surveiller les cours et d'en faire elle-même quelques-uns. Elle peut suspendre les infirmières avant toute décision du comité de l'hôpital; elle surveille l'état des services, celui du matériel dont elle est entièrement responsable.

Il n'est pas sans intérêt de voir ce que peut donner entre les mains d'une personne intelligente et instruite la délicate direction de ce personnel féminin, abandonné en France à des employés dépourvus d'instruction technique et trop enclins à abuser d'une autorité qu'ils exercent sans contrôle. En Angleterre, au contraire, les décisions de la matrone elle-même sont soumises à l'approbation d'un conseil

d'administration auquel les agents du personnel peuvent toujours en appeler.

C'est qu'en effet, la direction du personnel des hôpitaux anglais part d'un principe très différent de celui qui régit nos établissements hospitaliers : assurer un recrutement supérieur, respecter les droits individuels et rendre autant que possible confortable, et même, comme nous allons le voir, luxueuse, l'installation du personnel hospitalier.

On sait quels taudis sont chez nous les dortoirs qu'on attribue pour tout logement aux infirmières, aussi ne fûmes-nous pas peu surpris lorsque, au moment où nous voulûmes visiter la partie de l'établissement affectée aux nurses, on nous demanda si nous désirions commencer par la bibliothèque ou le salon ! Dans cet hôpital luxueux, où l'on a surveillé avec tant de soin le confortable des malades, on s'est préoccupé en effet de ménager aux nurses plusieurs salles de réunion.

Le salon, largement éclairé par trois vastes baies, est meublé avec un goût parfait : boiseries et meubles laqués de blanc, tapis d'Orient, peaux de tigre, glaces, plantes vertes, piano, rien ne manque de ce qui peut faire le charme d'une salle de réunion. Il ne s'agit pas ici d'un local d'apparat qu'on montre seulement aux visiteurs; des nurses y sont installées et occupent leurs heures de loisir en travaillant ou en faisant la lecture.

La bibliothèque des nurses, qui renferme de 4 à 5.000 volumes, occupe une pièce voisine; les infirmières peuvent y emprunter chaque semaine deux volumes scientifiques et un roman.

Le réfectoire est une vaste pièce éclairée de neuf fenêtres; le plancher est tapissé de linoléum; les murs sont revêtus de faïence. Les tables, garnies de couverts soignés, sont égayées par une profusion de fleurs. Les nurses prennent leurs repas en commun.

Chacune d'elles a sa chambre spéciale. Les chambres ont un cubage de 57,320. Le mobilier comprend lit, chaises, armoire à glace, commode, toilette et une étagère pour les livres; les meubles sont en pitchpin; les murs recouverts de tentures aux couleurs claires. La pièce est chauffée par un calorifère à eau chaude et éclairée à l'électricité.

A chaque étage est aménagée une salle de bains. Pour les nurses malades existe, en outre, une infirmerie plus confortable et plus élégante encore que les chambres.

Les journées de sortie sont fréquentes; chaque nurse peut prendre jusqu'à trente six heures de suite par mois. En outre, on leur a ménagé des promenades sur la Tamise et des villégiatures aux environs de Londres lorsqu'elles sont fatiguées ou surmenées.

Le sort des sœurs est plus enviable encore; elles ne prennent en commun que le repas du soir; les autres repas sont servis dans les chambres qui sont plus vastes et mieux aménagées encore que celles des nurses. Piano, fleurs et tableaux en font un séjour aussi attrayant que possible.

Il ne faut cependant pas croire que le souci du confortable du personnel hospitalier ait fait négliger en quoi que ce soit le bien-être des malades. Nous n'avons pas à traiter en ce moment cette question, où d'ailleurs nous serions forcés de reconnaître encore la supériorité de l'organisation anglaise. Il s'agit pourtant d'un établissement renfermant plus de six cents malades, et comprenant un personnel hospitalier considérable.

Le prix de revient annuel d'un lit, qui est de £ 89 (2.225 fr.), si l'on tient compte du confortable des malades, ne paraît pas exagéré.

C'est d'ailleurs en partie à la charité privée que l'hôpital dut la première organisation des logements des infirmières; c'est à la charité privée qu'il fait appel encore pour aller plus avant dans cette voie d'amélioration.

Depuis longtemps déjà l'hôpital s'était occupé du perfectionnement de l'instruction technique, et avait modifié à la fois les responsabilités et le niveau moral de son personnel. Le règlement définitif de l'hôpital date de 1884; c'est depuis cette époque que nous voyons nettement établi le principe des traitements proportionnels et des pensions de retraite; mais c'est seulement dans les huit dernières années, que la situation matérielle des infirmières a atteint le degré de raffinement que nous avons constaté.

Peut-être serait-on tenté de considérer comme une exagération blâmable un pareil luxe, en tous cas, on ne manquera pas d'objecter qu'on s'adresse en Angleterre, à un personnel essentiellement dif-

férent du nôtre par son instruction et son niveau social. On ne pourrait, dira-t-on, proposer d'introduire en France de pareilles réformes incompatibles avec la composition et les aspirations de notre personnel secondaire; nous répondrons que nous sommes engagés dans un cercle vicieux, et que la situation faite en France aux infirmières est de nature à écarter des hôpitaux nombre de femmes intelligentes et dévouées qui verraient là s'ouvrir pour elles une carrière honorable, toute de travail et d'abnégation.

Améliorer sans cesse le sort des infirmières pour leur demander toujours un service meilleur, tel est le principe des hôpitaux anglais, telle est la loi qui contraste si étrangement avec les règlements actuellement en vigueur dans nos hôpitaux parisiens.

L. NATTAN-LARRIER,
Interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

43 Février 1899.

Sur l'infection typhique expérimentale chez le chien. — MM. R. Lépine et B. Lyonnet. L'ingestion chez le chien de 300 à 350 centimètres cubes de culture virulente d'Eberth n'est suivie d'aucun trouble appréciable, tandis que l'injection de quelques centimètres cubes dans une anse de Thiry a pour résultat des lésions de la muqueuse de cette anse, de la fièvre, et l'apparition du pouvoir agglutinant du sérum.

L'injection de 2 ou 3 centimètres cubes de bacilles d'Eberth dans l'épaisseur de la paroi intestinale, dans le bout central d'une veine mésentérique ou d'une veine de la circulation générale produit dans les heures consécutives :

1° Certaines modifications de la température centrale et du nombre des globules blancs du sang, en rapport avec la dose de toxine injectée en même temps;

2° L'élimination d'un certain nombre de bacilles par l'urine et la bile;

3° La localisation dans les organes des bacilles restant dans l'économie et leur disparition de la circulation générale. Des le lendemain, les bacilles se sont localisés dans la rate et le foie, où ils existent toujours.

Puis, tard, le sérum acquiert le pouvoir agglutinant; puis, pendant plusieurs semaines, on trouve dans la rate et le foie des bacilles parfaitement vivants, quoique l'animal en expérience paraisse d'une santé excellente. La virulence des bacilles localisés dans le foie est moindre que celle des bacilles existant dans la rate.

Par l'injection d'Eberth dans la trachée, on produit le développement dans le poumon de noyaux de bronchopneumonie. On a ainsi du vrai pneumo-typhus. Ces bacilles se localisent également dans la rate et le foie.

Contribution à l'étude des chlorophylles animales. Chlorophylle du foie des invertébrés. — MM. A. Dastre et N. Floresco. On trouve dans le foie d'un grand nombre de mollusques un pigment qui a les apparences d'une chlorophylle végétale appelée hépatochlorophylle ou hépatoxanthophylle.

Cette chlorophylle n'est pas produite par l'organisme : elle est d'origine alimentaire.

Nouvelle méthode d'examen quantitatif ou qualitatif des albuminoïdes, diastases, alcaloïdes, leucococques ou toxines, notamment ceux des urines. — M. Paul Chibret. L'urée valant dans l'eau ou l'urine toute une série de corps azotés, connus ou inconnus, tels que créatinine, xanthine, alcaloïdes, peptones albuminoïdes, leucococques, toxines, etc., par la méthode suivante :

Dans un tube à essai lavé à la potasse et rincé, on verse 2 centimètres d'une solution à 1/800000 de chlorhydrate de cocaïne, puis 3 gouttes d'acide azotique, puis encore 3 gouttes du réactif iodo-ioduré suivant :

Iode.	47 grammes.
Iodure de potassium.	58 —
Eau distillée.	60 —

Le liquide devient légèrement opalescent.

Cette opalescence sert de comparaison. On remplace la solution de cocaïne par le corps à examiner.

L'urée et les urates ne donnent pas d'opalescence. On obtient le même degré d'opalescence avec : les alcaloïdes à 1/800000, l'albumine de l'œuf et les peptones à 1/20000, la créatinine à 1/1000; la xanthine à 1/5000; la pepsine à 1/50000.

On peut ainsi examiner les urines, en en faisant des dilutions successives pour arriver à l'opalescence étalon.

L'urine normale, chez un sujet bien nourri, donne l'opalescence de 1/30 à 1/50. Dans l'inanition, le taux s'abaisse à 1/10.

Dans les infections, chez les individus surmenés ou suralimentés en azote, dans les affections hépatiques, le taux de dilution de l'urine s'élève au-dessus de 1/50 et peut atteindre 1/100 ou 1/200.

Influence d'une légère traction sur l'excitabilité du nerf. — M. G. Weiss. Tandis que la traction exercée sur un muscle augmente son excitabilité, une traction légère exercée sur un nerf diminue son excitabilité.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

24 Février 1899.

Traitement de l'appendicite. — M. Michaux. Au point de vue pratique, en présence d'un même cas, il n'y a pas au fond de grande différence entre nous.

Entre les mains de collègues traitant de bien près leurs malades, ne les quittant pour ainsi dire pas, le traitement médical peut être défendu.

Mais, au point de vue du public et des médecins, je crois la doctrine du traitement médical funeste, parce qu'il retardera de plus en plus l'intervention, faisant ainsi courir de grands dangers aux malades.

Pour ma part, je voudrais faire ressortir : 1° la fréquence des péritonites septiques diffuses; 2° le nombre plus grand qu'on ne pense de fistules purulentes ou pyostercorales qu'on peut voir survenir après une temporisation excessive.

Les péritonites septiques diffuses sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Pour ma part, sur 70 à 80 cas d'appendicite, j'ai eu 8 cas de péritonite septique diffuse. Il y en a au moins 1 cas sur 10. Or, la gravité est considérable et je n'ai pu en guérir que 2, et encore il s'agissait de deux malades chez lesquels j'étais intervenu assez tôt.

La symptomatologie de ces cas de péritonite septique est des plus trompeuses et c'est pourquoi je craignais qu'en temporisant on ne laisse évoluer soudainement une infection qu'on aurait pu combattre d'emblée avec succès.

Dans les cas graves où on a attendu longtemps, de graves dégâts se produisent dans la fosse iliaque, et la chirurgie peut encore rester impuissante, alors qu'au début ces accidents eussent pu être évités.

Je conclus donc qu'il est néfaste de temporiser et je considère l'intervention hâtive comme étant le meilleur traitement de l'appendicite.

M. Gérard-Marchant. Je m'excuserais de prolonger cette discussion sur l'appendicite si chacun de nous n'avait pas le devoir d'apporter ici le résultat de sa pratique : il me semble que si médecins (abstentionnistes) et chirurgiens (interventionnistes) fournissaient leur statistique, ces chiffres seraient plus éloquentes, plus significatifs que toutes nos appréciations. Nous saurions, par exemple, s'il y a réellement avantage à opérer ce que j'appellerai les formes simplement douloureuses de l'appendicite, et si les faits, si troublants, si impressionnants, fournis par nos collègues, de morts par hésitation opératoire ne sont pas des exceptions.

J'ai, pour ma part, opéré 56 cas d'appendicite qui se subdivisent ainsi : 14 opérations à froid; 37 opérations pour abcès appendiculaires avec 2 morts; 5 opérations pour péritonite avec 3 morts; soit 5 morts sur 56 interventions.

Nous admettons tous d'une façon générale qu'il faut opérer les appendicites avec abcès, et les formes plus graves avec perforation de l'appendicite et péritonite.

Nous différons seulement sur le moment de l'intervention dans les collections caecales et sur l'opportunité de l'opération dans les péritonites.

La question surtout en litige est de savoir s'il faut opérer toutes les appendicites qui ne s'accompagnent ni de tuméfaction, ni d'abcès, ni de péritonite, d'aucun phénomène local ou général, autre que la douleur, au niveau du point de Mac Burney.

Je réponds pour ma part avec conviction : non !

Vous êtes appelé auprès d'une jeune fille prise brusquement, trois à quatre heures après le dîner, d'une vive douleur dans le ventre, quelquefois localisée à la fosse iliaque droite, se traduisant souvent aussi par la sensation d'une barre au niveau de l'estomac. Votre cliente a vomi toute la nuit. Le pouls est à 90, la température normale, la langue blanche.

Vous allez droit à la région de l'appendice et vous causez de la douleur; la paroi abdominale refoulée avec précaution et abandonnée à elle-même réveille cette sensibilité, vous cherchez en vain l'appendice, une tuméfaction quelconque. Le ventre est modérément tendu.

Un traitement médical sérieux est institué, repos absolu, glace sur le ventre, opium à l'intérieur, diète lactée, et en trois jours vous assistez à la disparition progressive de ces accidents aigus.

Voici une autre malade qui a de l'ictère d'abord, de la douleur au niveau de l'angle du côlon, du caecum; puis, au niveau de l'appendice, vous êtes le témoin d'une sorte de colite descendante, si je puis ainsi dire, avec troubles gastriques, vomissements et nausées persistantes. En cinq jours, la crise se termine sans avoir amené ni fièvre ni élévation du pouls.

Si les crises se reproduisent, chez ces malades, il est clair que j'interviendrais, car cette répétition indiquerait une infection de l'appendice.

Je concède aussi que lorsque ces accidents bénins surviennent chez un sujet qui doit s'expatrier, exposé à

manquer de secours chirurgical, je n'hésite pas à proposer la résection de l'appendice.

Bien plus embarrassants sont les cas de ces malades qui viennent demander de les opérer d'appendicite. Ils ont eu une crise, mais vous n'en trouvez aucune trace par la palpation la plus attentive. Un médecin les a vus, vous disent-ils.

Eh bien! cette affirmation ne doit pas suffire pour intervenir. Si nous partons en guerre, sur le simple renseignement douleur, nous nous exposons aux pires erreurs et même à des désastres.

Rien, en effet, n'est plus facile ou plus délicat que le diagnostic de l'appendicite.

Un de mes maîtres me prie d'opérer une femme d'appendicite. Je trouve un ovaire scléro-kystique. Chez une seconde malade, à la place de l'appendice que nous croyions infecté, et qui était sain, nous trouvâmes des ganglions caséux autour du cæcum.

Le diagnostic de l'appendicite est donc parfois difficile, incertain, et lorsque l'élément douleur est le seul phénomène objectif, il ne suffit pas à mes yeux pour justifier une opération aussi délicate que la laparotomie.

Ce langage paraîtrait étrange dans la bouche d'un chirurgien s'il ne s'adressait à des collègues qui savent que dans ces opérations ils sont à la merci d'un instrument, d'un fil, d'une compresse, sans parler des mains et des aëls de l'anesthésie.

Ces restrictions faites, je reste un partisan convaincu de l'intervention, chaque fois qu'il existe dans la fosse iliaque de l'empatement, quelque chose de tangible, et *a fortiori* des abcès ou une péritonite.

À quel moment convient-il d'opérer dans ces différentes modalités cliniques?

Il est une forme plastique de l'appendicite, si je puis ainsi dire. Le cæcum forme alors une sorte de renflement de boudin que nous appelions autrefois typhlite. La douleur exquise siège à la partie externe ou médiane de cette masse arrondie, et la sensibilité du boyau cæcal contraste avec l'indolence du ventre, indolence absolue à mesure qu'on s'éloigne de la zone malade. Le ventre peut être légèrement météorisé, la fièvre est modérée, le pouls parallèle à la température. Le sujet urine bien, sans douleur, en quantité suffisante. Les vomissements se sont arrêtés. La percussion, à laquelle j'attache une grande importance dans le diagnostic des abcès, ne signale pas de matité dans la fosse iliaque et l'exploration rectale ne donne pas l'impression de tuméfaction douloureuse, révélatrice d'un abcès. Ce sont ces cas que M. Routier a bien étudiés un des premiers, et dans lesquels vous pouvez, à l'avance, faire l'anatomie pathologique. Le grand épiploon est venu s'enrouler en dehors, en avant, et même en dedans du cæcum, formant comme une barrière protectrice autour du foyer infecté de l'appendice!

C'est dans ces cas, dans les formes plastiques, rassurantes de l'appendicite que l'on peut sans danger attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire à froid. Souvent, malgré la fièvre, la douleur, vous pourrez annoncer qu'il s'agit d'appendicite avec épiploite péri-cæcale, sans abcès, le travail de séquestration, au voisinage de l'appendice infecté commandant la fièvre! C'est dans ces cas que le cæcum participe à l'inflammation; il est épaissi, cartonneux, lie de vin, tapissé de fausses membranes blanches et adhérentes.

Il faut savoir réséquer, avec l'appendice, la portion d'épiploon envahi par le processus infectieux.

En dehors de ce type bien défini et connu de tous, je ne comprends guère, chez l'adulte, l'expectation. Temporiser, en cas d'abcès, me semble illogique et dangereux, surtout au voisinage ou plutôt dans l'intérieur de la grande cavité péritonéale.

Restent les péritonites généralisées: je crois en avoir fourni un des cas indiscutables, terminés par la guérison, et je persiste à croire qu'il faut les opérer sans retard, lorsque, bien entendu, l'infection ou l'intoxication n'ont pas sidéré le sujet et rendu toute intervention illusoire.

Quelques mots, en terminant, sur le manuel opératoire. La laparotomie latérale me semble indiquée chaque fois qu'il s'agit d'une appendicite à froid, ou avec abcès enkysté.

Dans le cas d'infection péritonéale, ou d'abcès ayant dépassé les limites de la région cæcale, dans les formes rares d'abcès des deux fosses iliaques, c'est à la laparotomie médiane que j'ai recours.

La recherche de l'appendice me semble un jeu dangereux, dans le cas où ne le rencontrant pas d'emblée dans le foyer abcédé, il faut, pour le trouver, rompre des adhérences protectrices.

Je ne retrouve dans mes observations que trois cas d'événement latéral, que j'ai traités par le procédé si anatomique de M. Quénu pour les événements médians.

En résumé, je suis un partisan convaincu de l'intervention hâtive, précoce, surtout dans les formes abcédées et péritonitiques de l'appendicite.

Mais une simple douleur du côté de l'appendice, avec une réaction locale et générale modérée, et tendance régressive, sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas à mes yeux l'opération.

Celle-ci se justifie, au contraire, lorsque la crise s'aggrave, se répète ou que le sujet peut se trouver loin de tout secours chirurgical.

En cas de doute sur l'étendue du mal, il vaut mieux opérer.

M. Hartmann. Il me semble que la discussion actuelle peut avoir une influence néfaste sur bon nombre de médecins qui pensent, à tort selon moi, que cette discussion est la preuve qu'on tend à revenir au vieux traitement médical de l'antique typhlite.

M. Dieulafoy, menant avec nous le bon combat, était, par sa grande autorité médicale, par son talent d'exposition, arrivé à faire admettre, par ses collègues en médecine, que l'appendicite était une maladie chirurgicale. Et voici que, par une interprétation erronée de notre discussion, bon nombre de médecins commencent dès aujourd'hui à dire: Vous voyez bien que Dieulafoy avait exagéré, les chirurgiens eux-mêmes reviennent au traitement médical!

Or, nous n'admettons pas cependant que l'appendicite soit une affection médicale devant être traitée médicalement, et nous considérons, sinon tous, tout au moins presque tous, que, dans tous les cas, l'appendicite doit être traitée chirurgicalement. Nous ne voulons pas qu'un malade garde un appendice perforé, et si quelques-uns parmi vous, ils sont rares, admettent qu'un malade qui a eu une attaque légère, ce que Talamon appelle une colique appendiculaire, peut être abandonné à lui-même, à peu près tous vous êtes de l'avis de Roux, lorsqu'il nous disait en 1895, au Congrès de chirurgie, dans son langage imagé: « Le seul moyen de guérison absolue pour tout individu qui a eu, ne fût-ce qu'une seule crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche. »

Notre collègue Jalaugier, qui ne passe pas pour un interventionniste exagéré, n'hésite pas à écrire: « L'ablation de l'appendice après une crise nettement diagnostiquée est une mesure de prudence tout à fait justifiée... Pour ma part, je suis partisan de l'intervention. »

M. Brun, qui passe à tort pour un non interventionniste, conseille l'ablation de l'appendice, non seulement après une crise, mais même dans les cas d'appendicite chronique n'ayant pas encore donné de crise.

Il y a sur ce point accord à peu près unanime. *Tout appendice malade réclame une opération.*

C'est là le point capital de la question. S'il n'est pas nettement précisé au cours de cette discussion, si les médecins ne sont pas convaincus de ce fait, que tout malade atteint d'appendicite, même guérie en apparence, reste sous le coup d'une rechute, d'une perforation qui peut être rapidement mortelle, nous reviendrons au temps où nous n'étions appelés que dans les cas désespérés; nous verrons de nouveaux appendicites mourir en grand nombre, revoyant en même temps ces suppurations iliaques graves, ces fistules pyostercorales qui occupaient tant nos prédécesseurs et qui ont à peu près disparu de nos services de chirurgie.

Ce n'est pas ce que vous voulez. Contrairement à l'interprétation donnée par quelques médecins à notre discussion, l'appendicite continue à être pour nous une maladie d'ordre chirurgical.

L'intervention est obligatoire dans l'appendicite, elle l'est dans tous les cas, a dit Reclus.

Un seul point nous sépare, la question du moment le plus favorable pour l'intervention. MM. Jalaugier, Brun, Broca, Walther, Berger s'élevèrent contre l'intervention précoce, contre l'opération à chaud.

MM. Poirier, Tuffier, Chaput, Segond, Routier, Pozzi, Kirmisson, Michaux veulent au contraire qu'on opère rapidement, et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments.

Si j'excepte notre collègue Tuffier, aucun ne me semble avoir exprimé avec netteté ce que doit être, au début, le traitement de l'appendicite. Au lieu de dire carrément aux médecins ce qui est désirable, ce qui donnera, au point de vue thérapeutique, les meilleurs résultats, la plupart d'entre nous se sont attachés à rechercher la meilleure ligne de conduite en présence des cas, tels qu'on nous les amène actuellement, sans préciser d'abord que si nous discutons ces divers traitements, c'est parce qu'on ne nous permet pas de faire d'emblée le traitement de choix.

Notre discussion me rappelle un peu celles qui avaient lieu autrefois sur le traitement des plaies perforantes de l'abdomen. Alors, comme aujourd'hui, on apportait des guérisons par le traitement médical, on temporisait se tenant prêt à agir, et l'on n'intervenait que d'après des signes déterminés.

La perforation, pouvant guérir spontanément, on ne prenait le bistouri qu'une fois les signes de la péritonite déclarés et l'on opérait trop tard. La question est tranchée aujourd'hui et l'intervention immédiate à peu près généralement acceptée.

Les résultats, sans être merveilleux, sont beaucoup meilleurs qu'autrefois.

Or, en présence d'une appendicite, qu'avons-nous? Un petit diverticule intestinal, qui, enflammé, peut voir son inflammation se propager au péritoine, qui même, peut se perforer, causer une péritonite septique diffuse à peu près constamment, sinon constamment mortelle... et l'on discute... et l'on perd du temps à attendre, à chercher à circonscrire l'inflammation sans chercher à la prévenir, alors qu'on ne sait jamais *a priori* ce qu'elle va être.

Pour ma part, je n'ai pas l'ombre d'une hésitation et j'adopte la formule de Dieulafoy: *L'intervention chirurgicale doit être faite en temps opportun, spécifiant que faire l'opération en temps opportun, c'est la faire dans les vingt-quatre heures qui suivent l'écllosion de l'appendicite.* En présence d'une maladie qui débute, je n'at-

tendrai jamais pour voir comment la lésion va évoluer. Je ne sais pas comment elle va évoluer.

Certes je conviens, avec M. Brun, qu'on peut savoir si la péritonite se généralise; mais quand les signes de la généralisation existent, l'inflammation s'est déjà étendue, et l'idéal est d'opérer avant cette extension; c'est la seule manière d'opérer toujours à temps.

Les résultats opératoires sont meilleurs qu'il y a quelques années parce que les médecins nous appellent plus tôt; ils sont cependant encore détestables.

Il y a bien les séries heureuses de Walther, 44 cas 2 morts, et de Nimier, 10 cas, 1 mort; mais il y a celles de Chaput, qui arrive avec 17 morts sur 48 cas, de Kirmisson, qui nous apporte la statistique de son service de l'hôpital Troussseau, 25 cas, 13 morts. Brun et Routier tiennent le milieu, le premier avec 8 morts sur 59 cas, le deuxième avec 12 morts sur 93 cas; moi-même, je vous apporte 81 cas avec 13 morts. Réunissant les statistiques apportées au cours de cette discussion, je trouve 360 cas avec 66 morts, soit une mortalité de plus de 18 pour 100, presque une mort sur 5 cas.

Et je me dis: si, dans les premières vingt-quatre heures, dès le diagnostic posé, l'opération avait été faite, cette mortalité énorme se serait presque réduite à néant.

Au début d'une appendicite, notre devoir est d'agir chirurgicalement.

Si j'avais une appendicite, je me ferais opérer, non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures. Je le dis avec une conviction profonde, absolue, l'opération, à ce moment, est d'une simplicité enfantine, plus simple que celle de l'appendicite à froid, comme j'ai pu m'en convaincre dans les deux cas où j'ai opéré de très bonne heure, six heures et dix heures après la première manifestation douloureuse. La gravité immédiate des symptômes, l'accélération extrême du pouls, à 140 dans un cas, à 160 dans l'autre, avaient conduit le médecin à m'appeler immédiatement. Les deux malades ont guéri sans le moindre incident. L'appendicite n'était pas encore perforée et cependant, chez la malade de notre collègue Gilbert, 8 heures après le début des accidents, il y avait déjà du liquide louche dans la fosse iliaque. On peut supposer qu'abandonnées à elle-mêmes, ces deux malades auraient peut-être fait de la péritonite septique.

Attendre pour voir comment la maladie va évoluer, c'est attendre pour voir s'il va ou non se développer une péritonite généralisée, une de ces péritonites qui sont fréquentes et graves, puisque Broca en a vu 32 sur 200 cas et que, sur ces 32, il en a perdu 28. Voilà, de par cette seule forme d'appendicite, un pourcentage de morts considérable, puisque, en supposant les 158 autres appendicites guéries, ce qui est peu probable, nous arrivons, par le seul fait de ces péritonites généralisées, à une mortalité de 14 pour 100. Si ces malades avaient été opérés dans les vingt quatre heures, je crois qu'un très grand nombre aurait échappé à la mort.

Pour ma part, toutes les péritonites généralisées mortelles, que j'ai vues, dataient de plusieurs jours; bien plus, quelques-unes correspondaient à des appendicites ayant évolué en deux temps. Les deux seules malades, considérées comme atteintes de péritonite généralisée d'emblée et à cause de ce fait opérées dans les douze premières heures, ont admirablement guéri, à la suite d'une opération tout à fait simple, comme je l'ai dit. Le plus souvent, dans les péritonites généralisées mortelles, on avait pensé au début à une appendicite bénigne, puis les accidents avaient éclaté brusquement.

Les statistiques changeraient du tout au tout, si médecins et chirurgiens pouvaient se convaincre qu'il y a intérêt à traiter l'appendicite comme la hernie étranglée, la perforation spontanée de l'appendice comme la perforation traumatique de l'intestin. Sur ce point, je suis absolument d'accord avec M. Tuffier, qui a nettement défendu la cause de l'intervention immédiate.

Cette conduite me paraît plus prudente, plus sage dans son exagération apparente, que cette attente anxieuse où nous tient mon maître et ami M. Brun, que je ne puis suivre lorsqu'il pratique le traitement médical, revoyant son malade matin et soir, notant chaque fois avec précision sa température, son pouls, l'état de son faciès, se tenant prêt au moindre changement défavorable à modifier sa ligne de conduite et à opérer s'il le juge convenable.

Cette ligne de conduite est quelquefois dangereuse, comme le prouvent plusieurs observations.

En recherchant ce qu'a donné l'opération à chaud avant l'insitution malencontreuse d'un traitement médical mal dirigé, je vois que les résultats ont été excellents.

Position élevée du bassin, incision large, limitation très exacte du champ opératoire avec des compresses stérilisées, ablation de l'appendice, pose d'un drain et réunion du reste de la plaie: telles sont les règles que je suis dans cette opération.

L'événement consécutif m'a paru exceptionnelle.

Outre que, par ces opérations rapides, on évite toutes les morts résultant de l'évolution même de la maladie, on a l'avantage d'abréger notablement le traitement puisque, si l'on veut intervenir à froid, il faut attendre six semaines, nous dit Roux comme Jalaugier.

Et encore, en opérant même à cette date, on trouve quelquefois des abcès non résorbés et l'on retombe dans les inconvénients de l'opération à chaud; on a simplement perdu du temps.

Au contraire, je recourus au traitement médical dans les cas où je suis appelé près d'une appendicite qui spontanément évolue déjà vers la guérison, lorsqu'il existe un gâteau inflammatoire, signe de la limitation des lésions, n'hésitant cependant pas, même dans ces cas, à prendre le bistouri si la matité ne diminue pas rapidement; car, même la fièvre tombée, je pense que la persistance d'une matité étendue mérite le traitement médical, celui préconisé par le plus grand nombre d'entre vous (opium, glace et diète hydrique), suffit pour motiver l'incision d'un abcès, toujours existant en pareil cas.

Je ne vous dirai rien du siège de l'incision, sinon que je rejette d'une manière absolue le procédé aveugle de MM. Poirier et Chaput. J'opère comme MM. Jalaguier, Brun et Broca. Je ne me sépare de Jalaguier et de Broca que pour le traitement des abcès péviques. En pareil cas, au lieu de faire une incision immédiatement au-dessus de l'arcade et de décoller le péritoine comme si la suppuration était sous-péritonéale, j'incise l'abdomen sur la ligne médiane et j'opère exactement comme dans le cas d'annexite supprimée, allant directement à la recherche du foyer prérectal. J'ai eu ainsi 4 succès dans 4 cas d'appendicite pelvienne que j'ai eus à traiter.

De l'emploi du masque au cours des opérations. — M. Berger. Il y a longtemps que j'ai songé à l'infection pouvant provenir de particules salivaires projetées en parlant au cours des opérations. Des expériences récentes, faites en Allemagne, ont démontré la réalité de cette hypothèse. Comme tout le monde, j'ai, dans des cas d'infection, tout d'abord incriminé le matériel; mais des examens bactériologiques répétés m'ont démontré que fils, catguts, crins étaient, en réalité, parfaitement stériles et qu'il fallait chercher ailleurs la cause de ces accidents, légers, mais de fort longue durée, de suppuration, provoqués en particulier par l'infection des fils. J'ai donc pensé que la véritable cause d'infection était la projection de particules salivaires au cours de l'opération et, dans le but d'éviter cette projection, j'ai adopté l'usage systématique du couvre-bouche. Mes résultats opératoires se sont aussitôt améliorés comme le montre l'examen de la statistique de mes seules cures radicales de hernies.

Depuis le 1^{er} Octobre 1897 que j'emploie ce couvre-bouche, j'ai fait environ 70 opérations de cure radicale de hernie. Or, je n'ai eu que 2 cas de suppuration, alors qu'antérieurement j'en avais un cas sur 5 ou 6 cas.

Je crois donc qu'il faut attirer l'attention sur la cause possible de l'infection des plaies par la projection des particules salivaires au cours des opérations.

M. Terrier. Je ne mets pas de masque et je n'en mettrais probablement jamais, malgré les raisons que vient de développer M. Berger.

Les suppurations que l'on voit survenir parce que les fils ont été infectés me paraissent devoir être rapportées à une autre cause. Je pense que ce sont les mains des opérateurs qui infectent les fils.

Oscar Bloch a fait des expériences qui le démontrent : avant une opération, il examine les fils dont on va se servir et il les trouve parfaitement aseptiques.

Au début de l'opération, puis au milieu, et à la fin il reprend des échantillons de fils et il trouve alors que les fils ont été infectés par le staphylocoque blanc, en général.

C'est aussi à la fin des opérations qu'on a les mains septiques, comme je m'en suis souvent rendu compte en appliquant mes mains sur des plaques de gélatine, au commencement et à la fin d'une opération. C'est donc par les mains que sont contaminés les fils. La conclusion est de manier les fils le moins possible, de les prendre et de les tenir avec des pinces, etc., pour en éviter la souillure. Voilà les différentes raisons pour lesquelles je ne me déciderai pas à employer le masque.

M. Berger. Si les fils s'infectent, c'est parce que ce sont les seuls témoins de l'infection. Ils témoignent que la plaie a été infectée, alors que le fil n'a pas été lui-même infecté.

Pour ma part, je reste convaincu de l'utilité du masque, parce que, depuis que j'en fais usage mes résultats opératoires se sont bien améliorés.

M. Terrier. Je ne puis que confirmer ce que je viens de dire : les fils sont éliminés par suppuration, non pas parce qu'ils sont placés dans une plaie infectée, mais parce qu'ils ont été infectés par les mains de l'opérateur.

Amputation interscapulo-thoracique. — M. Berger présente un malade ayant subi l'amputation interscapulo-thoracique pour un myxome central de l'humérus, avec engorgement ganglionnaire. Le résultat se maintient depuis deux ans.

Luxation congénitale de la hanche réduite. — M. Bonod présente une malade chez laquelle il a fait la réduction d'une luxation congénitale de la hanche, il y a deux ans, par le procédé de Lorenz.

Tumeur de la face d'origine congénitale. — M. Sébilleau présente une jeune femme atteinte d'une tumeur de la face, d'origine congénitale.

Néphrectomie secondaire. — M. Picqué présente un rein qu'il a enlevé récemment. La malade à laquelle il a extirpé le rein avait subi l'an dernier la néphrotomie pour pyélonéphrite supprimée. Elle avait conservé une fistule purulente, mais non urinaire.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Février 1899.

Autopsie d'un cas de spondylose rhizomélique.

— MM. P. Marie et Léry présentent la colonne vertébrale d'un malade atteint de spondylose rhizomélique, affection décrite par M. Marie, en 1898, et caractérisée par l'ankylose de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres. Cette colonne ne présente pas, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, d'ossification des disques intervertébraux, sauf à la partie tout antérieure des disques de la région lombaire. En revanche, les ligaments jaunes sont ossifiés sur presque toute leur épaisseur, et lames et ligaments ne forment plus qu'une longue hanchelette ossuse. De même les apophyses articulaires sont soudées par ankylose ossuse et ne forment plus qu'une longue colonnette. Enfin les apophyses épineuses sont élargies et allongées à leurs extrémités et tendent à se souder.

Les côtes sont soudées d'une part aux corps vertébraux (non aux disques), au niveau de leur tête, d'autre part aux apophyses transverses : il s'agit d'ossifications ligamenteuses sur place.

Aucune tubérosité ossuse comme on en trouve, mais sans ossification ligamenteuse, dans des cas de cyphose simple, d'origine traumatique ou hérédito-traumatique, tels que ceux dont il a été fait une nécropsie le matin même. Des radiographies de la colonne vertébrale d'autres malades atteints de spondylose rhizomélique confirment les notions fournies par la colonne vertébrale présentée.

M. Rendu a observé une autre déformation de la colonne vertébrale; c'est une courbure siégeant dans la partie cervicale de la colonne vertébrale, et ressemblant à un mal de Poit.

M. Florand connaît un malade identique à ceux de M. Marie, mais la flexion est telle que le menton de ce malade est énergiquement soudé sur la partie antérieure du sternum.

M. Raymond soigne depuis quelque temps un jeune homme de vingt-six ans qui, après une blennorrhagie, vit s'installer peu à peu une soudure de la colonne vertébrale et une ankylose coxo-femorale double; après une amélioration certaine, ces symptômes s'accroissent de nouveau.

M. Marie. Le pronostic de cette affection est, en effet, des plus graves; malgré les traitements les plus fidèlement exécutés, le mal fait des progrès continus.

L'œil tabétique. — M. Gilles de la Tourette. Les manifestations oculaires du labeur sont nombreuses puisqu'elles peuvent toucher la rétine, la musculature externe, voire même les voies lacrymales. Elles sont bien connues. Cependant elles n'ont pas encore été toutes décrites. C'est ainsi que l'on n'a pas encore signalé l'aspect particulier des yeux, ou mieux, du regard. Ce n'est pas du myosis dont il s'agit, mais bien d'un aspect très particulier de l'œil. Chez ces malades, l'œil est brillant, mais le regard paraît sans expression; l'œil brillant, regard atone, telle est la formule qui paraît le mieux qualifier l'aspect particulier de l'œil tabétique.

Maladie d'Addison chez un nègre. — M. Thiéberge présente un homme de trente-cinq ans, originaire d'Oran. L'examen de la muqueuse buccale montre de nombreuses taches pigmentaires disséminées sur les lèvres, les joues, le palais et la langue, répondant à la description des pigmentations buccales de la maladie d'Addison. Ce diagnostic est confirmé par l'affirmation du malade dont la peau, depuis trois ans, a pris une coloration plus foncée; en outre, le malade éprouve, depuis trois ans, également, quelques douleurs lombaires et cette sensation d'asthénie générale si caractéristique de la maladie d'Addison. Il est, de plus, atteint de tuberculose pulmonaire.

Radiographies dans un cas d'infantilisme myxo-démateux.

— M. Thiéberge présente les radiographies d'un homme de trente-trois ans, atteint de myxo-démateux avec infantilisme (taille, 1 m. 30) qu'il a déjà présenté à la Société en Octobre 1898. On voit sur toutes les radiographies que les épiphyses ossuses ne sont pas soudées, ainsi que cela a été signalé dans le myxo-démateux.

L'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale.

— MM. Achard et Castaigne. Lorsque l'on pratique l'épreuve du bleu de méthylène, il convient tout d'abord de déterminer le début de l'apparition du bleu dans l'urine, parce que, en cas de retard, on est ainsi rapidement fixé sur l'existence d'une imperméabilité rénale, mais il importe aussi de considérer les autres éléments de l'épreuve : durée de l'élimination, quantité de bleu éliminé.

Dès notre première communication, nous avons signalé les variations de la durée, tantôt abrégée, tantôt prolongée, lorsque le rein est peu perméable. Nous en avons cité plusieurs exemples dans d'autres communications. Depuis, nous avons observé 52 cas d'élimination prolongée.

Sur ces 52 cas, 5 fois l'autopsie a montré des lésions profondes des reins, et 34 fois il existait des signes cliniques d'affection rénale, notamment de l'albuminurie. Chez la plupart des 13 malades exempts d'albuminurie, il y avait quelque vraisemblance à admettre un fonctionnement imparfait des reins. Cependant, un sujet

sain en apparence a présenté une élimination prolongée, et il en fut de même chez un malade atteint de pleurésie à pneumocoque, un abcès intra-pulmonaire, qui succomba avec des reins n'offrant aucune lésion histologique. On ne peut guère interpréter ce dernier cas qu'en admettant un trouble purement fonctionnel de la perméabilité rénale. D'ailleurs, ce qui montre que l'élimination prolongée peut être produite par des troubles fonctionnels indépendants de lésions durables, c'est un cas observé chez un sujet atteint de fièvre typhoïde et ayant un peu d'albumine dans l'urine; en pleine période d'état, l'élimination persista quatorze jours; après la guérison complète, elle était terminée en trois jours.

L'élimination prolongée s'observe dans des circonstances très diverses: maladies aiguës, néphrites subaiguës ou chroniques, notamment la néphrite interstitielle, infections urinaires, albumineuses, gravelleuses ou purpérales.

Elle présente un certain intérêt clinique, car c'est parfois le seul élément de l'épreuve du bleu qu'on puisse apprécier aisément. La quantité de bleu éliminé est difficile à évaluer simplement. Le début de l'apparition ne peut pas toujours être précisé si le malade ne peut uriner dans le délai voulu ou s'il ne peut être sondé, s'il perd ses urines. En outre, le bleu peut apparaître dans le délai normal, alors que l'élimination prolongée vient pourtant attester l'imperméabilité des reins; nous en avons observé de nombreux exemples.

Ajoutons, en terminant, que les résultats de l'épreuve du bleu, et notamment l'élimination prolongée, peuvent être les seuls indices qui permettent de soupçonner une lésion rénale; nous en avons observé un cas chez un cirrhotique, dont l'autopsie démontra l'existence de lésions des reins.

Maladie d'Addison. — M. Rendu lit deux observations montrant, l'une le début de la maladie d'Addison, l'autre les dangers possibles de l'opothérapie surrénale.

Le premier malade était un tuberculeux qui mourut de granule. Dans les derniers temps de son existence, des symptômes addisoniens apparurent: plaques de pigmentation sur la face interne des lèvres et de la joue. A l'autopsie, on trouva quelques granulations miliaires dans une des capsules surrénales; à noter l'intégrité absolue du plexus solaire.

Le second malade est un addisonien typique, qui, après quelques mois de traitement général, eut une amélioration réelle. Puis, devant les succès obtenus par l'opothérapie, le traitement par les capsules surrénales fut essayé. Deux jours après le début de ce traitement, de l'albumine apparut dans les urines, et en dix jours le malade mourut, mais non avec des accidents albuminuriques; il mourut sans troubles cérébraux, sans coma, subitement.

Faut-il comparer ce fait avec ce qui se passe quelquefois chez les myxo-démateux qui prennent trop de corps de thyroïde? Cette question est encore insoluble. Toutefois il faut se souvenir que ces nouveaux médicaments organiques doivent être maniés avec prudence.

M. Bécère. Sans vouloir prétendre que l'opothérapie surrénale est sans danger, on peut peut-être penser qu'il n'y a qu'une coïncidence entre le commencement de l'opothérapie et le début de la néphrite chez le malade de M. Rendu. Des doses élevées de capsules surrénales (64 grammes par jour, dans un cas) n'ont jamais produit d'intoxication. Il ne faut donc faire aucune comparaison entre la médication surrénale et la médication thyroïdienne. Cependant il est bon de remarquer que nombreuses sont les lésions des capsules surrénales prises dans les abattoirs, et que le choix qu'il en faut faire doit être rigoureux.

E. DE MASSARY.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement du paludisme chez l'enfant.

La médication chez l'enfant est naturellement la même que chez l'adulte, sauf les différences posologiques et les difficultés d'administration : ses bases essentielles sont la quinine, l'arsenic, l'iodure de potassium, l'hydrothérapie.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, l'administration de la quinine par la voie stomacale est impossible, car, à cet âge, les enfants rejettent toute potion amère et n'avalent ni pilules ni cachets. La quinine ne peut donc être administrée chez eux que sous forme de lavement ou de suppositoire :

Sulfate de quinine 0 gr. 25
Eau de Rabel Q. s. (le moins possible).
Infusion de camomille . . . 100 grammes.
Laudanum de Sydenham . . 1 goutte.

Pour un lavement. Faire précéder ce lavement médicamenteux d'un lavement évacuant (Comby).

ou bien :

Sel de quinine 0 gr. 10 à 0 gr. 50
Beurre de cacao ou gélatine solidifiée 4 à 3 grammes.
Cire vierge Q. s.
Pour un suppositoire (Lemanski).

Chez les enfants grandets, chez lesquels on peut utiliser la voie stomacale, il s'agit de masquer, dans la potion, le goût de la quinine. On peut donc avoir recours à une des formules suivantes :

- Sulfate de quinine. 0 gr. 75
 - Eau acidulée 4 grammes.
 - Miel blanc 40 —
- Une cuillerée à café de ce mélange toutes les deux ou trois heures (Pentzold).

ou bien encore :

- Eau distillée 40 grammes.
 - Extrait de réglisse 3 —
 - Bichlorhydrate de quinine. 0 gr. 30.
- Faire prendre en une seule fois (Créquy).

ou bien :

- Sulfate de quinine 4 grammes.
- Acide citrique)
- Sirop simple) à 10 —
- Sirop d'écorces d'oranges amères.)
- Eau distillée 20 grammes.

On donne X gouttes de cette mixture dans 50 grammes d'eau qu'on additionne ensuite de 3 grammes de bicarbonate de soude, et l'on fait absorber ce mélange pendant l'effervescence du liquide.

A cette médication par la quinine, M. Lemanski, médecin titulaire de l'hôpital civil français de Tunis, joint la balnéation tiède ou froide. Le petit malade prend, suivant les circonstances et suivant l'intensité de la fièvre, deux ou trois bains à 35° ou 30°, progressivement refroidis.

Dans certains cas, la quinine et la balnéation ont rapidement raison des manifestations fébriles, mais le jeune malade conserve une dyspepsie gastro-intestinale plus ou moins marquée : les nourrissons vomissent le lait, les enfants plus âgés ont de l'inappétence. Il convient alors, avant de poursuivre le traitement par la quinine ou les reconstituants, d'administrer un purgatif léger ou même un vomitif.

M. Lemanski a très souvent recours au calomel, qu'il prescrit à la dose de 10 à 40 centigrammes, suivant l'âge de l'enfant; chez les tout jeunes enfants, quand les vomissements ou la diarrhée persistent, il emploie la diète hydrique à laquelle il joint l'alimentation rectale.

Dès que les accès fébriles ont complètement disparu, il faut s'adresser aux toniques et aux reconstituants, en employant une des préparations suivantes :

- Sirop d'iode de fer)
- de lacto-phosphate de chaux.) parties égales.
- de quinquina)
- de raifort iodé.)

Une à quatre cuillerées à potage par jour en y ajoutant, dans certains cas, une goutte de liqueur de Fowler (Schaull).

ou bien :

- Poudre de quinquina jaune.) à 10 grammes.
 - Craie préparée.)
 - Rhubarbe 3 —
 - Sous-carbonate de fer 4 —
- Une pincée après chaque repas (Comby).

ou bien :

- Teinture de quinquina 20 grammes.
- de gentiane) à 5 —
- de cascarrille)
- de benjoin 2 —
- de noix vomique 1 —

Vingt gouttes avant chaque repas dans un peu d'eau de camomille (J. Simon).

M. Lemanski insiste, en outre, sur les bains sinapisés à 38°, d'une durée de trois à cinq minutes, qui constituent un stimulant précieux, et sur les pratiques hydrothérapiques, qui sont le meilleur moyen pour guérir définitivement l'impaludisme et ses manifestations fébriles ou larvées. Aux enfants d'un an et au-dessous, les immersions dans l'eau tiède ou légèrement froides conviennent très bien; à partir de deux ans, on peut déjà donner le tub, et, à trois ans, l'enfant supporte parfaitement bien une douche en pluie de 10 à 15 secondes. Pour donner de bons résultats, cette médication doit être continuée hiver comme été.

LIVRES NOUVEAU

N.-R. Finsen. — *La Photothérapie*, Paris, 1899 (G. Carré et C. Naub).

Les intéressants essais de photothérapie de M. Finsen ne sont pas inconnus du public médical français. Dans

différents articles de la presse médicale, ainsi qu'au dernier congrès de la tuberculose, M. Finsen nous a tenu au courant des améliorations successives de sa méthode et des résultats remarquables qu'il a obtenus par son application, tant au traitement de la variole en lumière rouge que pour l'emploi des rayons chimiques au traitement du lupus. Le livre actuel donne le résumé des expériences et raisonnements théoriques sur lesquels il a fondé sa méthode, les résultats obtenus, tant à l'Institut de photothérapie, à Copenhague, qu'à l'étranger, et, enfin, la description détaillée des appareils et les différents procédés.

Dans la première partie de son livre, M. Finsen a résumé ses expériences personnelles et celles de différents physiologistes (Paul Bert, Hoppe-Seyler, Widmark et autres) sur le rôle des rayons chimiques de la lumière solaire et électrique dans la pigmentation de la peau et la production de l'eczéma solaire. Il note que Charcot, le premier, en 1859, a émis l'opinion que ce sont les rayons chimiques et non les rayons calorifiques, qui agissent dans ces cas d'inflammation aiguë de l'épiderme après exposition au soleil ardent, et que la dermatite causée par une forte lumière électrique est identique à l'érythème solaire.

La preuve scientifique de cette hypothèse n'a été donnée qu'en 1889 par les expériences de Widmark, qui prouvent que la pigmentation et l'inflammation cutanée dues à la lumière, ne sont occasionnées que par les rayons ultra-violet, du spectre.

De ces expériences ainsi que de ses curieux essais et observations personnelles, qu'il faut lire dans le livre, M. Finsen a été conduit à essayer son traitement des varioleux en chambres d'où l'on excluait les rayons chimiques en filtrant la lumière à travers d'épais rideaux rouges. Il espérait par ce moyen obtenir une diminution des phénomènes inflammatoires de la période suppurative de la maladie, et, conséquemment, la suppression complète des cicatrices. Les résultats ont pleinement confirmé ses prévisions. Partout où la méthode a été appliquée rigoureusement, l'effet a été très net, et les observations sont unanimes à constater que la période de suppuration — la phase la plus dangereuse et la plus pénible de la variole — est supprimée par ce procédé que la fièvre diminue considérablement en intensité et durée et qu'il est possible d'éviter les pertes de substance de la peau et, par conséquent, les cicatrices.

La partie du livre consacrée au traitement des affections tuberculeuses de la peau nous apporte des résultats et des expériences non moins intéressants. Ici il s'agit, contrairement au traitement de la variole, d'utiliser les rayons chimiques du spectre, dont la force microbicide considérable a été mise en lumière depuis longtemps par les travaux de Duclaux, Arloing, Buchner et autres. A l'aide de puissantes lentilles, les rayons chimiques du soleil ou de l'arc voltaïque sont dirigés sur les parties malades après interception des rayons calorifiques. Il est nécessaire de rendre la partie de la peau à influencer aussi exsangue que possible, car l'hémoglobine arrête complètement l'effet des rayons chimiques. Ceci s'obtient très facilement à l'aide d'un disque en verre qui comprime la partie influencée.

Les lentilles actuellement en usage à l'Institut photothérapique sont en cristal de roche. Le verre ordinaire absorbe, en effet, une grande partie des rayons chimiques, tandis que le cristal de roche les laisse passer en totalité. La source lumineuse est la lumière voltaïque de 80 ampères. Dans ces conditions, il suffit d'une exposition d'une minute pour tuer une culture de bacillus prodigiosus.

Les résultats thérapeutiques ont été très nets et ne semblent pas discutables. Sur 59 lupiques traités et suivis assez longtemps pour permettre de juger des résultats définitifs, 23 sont actuellement guéris et 30 se trouvent encore en traitement. Quelques-uns de ces derniers sont presque rétablis et la guérison des autres ne paraît plus être qu'une question de temps. Ce sont là des résultats fort encourageants que la dernière statistique de M. Finsen, qui embrasse 200 nouveaux cas, ne fait que confirmer, et qui prouvent que nous sommes ici en présence d'une méthode appelée à rendre les plus grands services dans le traitement d'une affection aussi tenace et difficile que le lupus.

Le livre est accompagné de photographies illustrant les résultats obtenus tant sur les varioleux que sur les lupiques et expliquant les appareils ainsi que leur emploi.

J. DE CHRISTMAS.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, avec prière d'insérer, la lettre suivante :

Permettez-moi de répondre un mot à ce qui me concerne dans l'article publié par M. Albarran dans *La Presse Médicale* du 22 Février. Dans mes deux travaux que cite M. Albarran, j'ai eu exclusivement en vue les néphrites chroniques dites médicales, celles que l'on réunit sous le terme commun de mal de Bright. J'ai laissé en dehors de mon étude tous les faits d'ordre chirurgical, qui ne rentrent ni dans mon observation clinique ni dans ma compétence. Sans cela, je me serais

fait un devoir de citer les constatations histologiques de M. Albarran, très nettes, quoique fort sommaires, et que n'accompagne ni au cours de sa thèse ni dans ses conclusions aucun commentaire, rien qui indique que l'auteur leur ait attribué une importance particulière ou une signification générale.

J'ajoute que je sais fort bien que des lésions histologiques du type de celles que j'ai décrites ont été vues et même figurées déjà par d'autres auteurs; j'en ai donné la preuve. Mais je ne crois pas que, dans les néphrites chroniques, aucune étude systématique ait été faite, mettant en valeur le rôle, le mécanisme et l'importance des hypertrophies rénales compensatrices. Des constatations fragmentaires, faites en passant, n'ont qu'une valeur très relative, et je me crois en droit de répéter que « l'hypertrophie rénale compensatrice est une donnée qui me paraît nouvelle et de grande importance dans l'évolution clinique et anatomique des néphrites ».

A. CHAUFFARD.

RENSEIGNEMENTS

A céder, près grande ville du centre, clientèle rapportant 10.000 fr. dont 1.500 de fixe. S'adresser au concierge de l'Ecole de médecine.

Place d'interne vacante à l'hospice Saint-Victor d'Amiens (genre Quinze-Vingts). Traitement 600 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage, 16 inscriptions et quelques connaissances d'ophtalmologie exigées. S'adresser à M. Fages, médecin de l'hospice Saint-Victor, Amiens.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ce concours s'est ouvert mercredi 23 Février, à l'Administration centrale; soixante-neuf candidats étaient inscrits pour y prendre part. La question tirée au sort est la suivante : ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SYMPTÔMES DES PLEURISIES PURITRIDES. Il a été remis cinquante-six copies qui seront lues dans l'ordre suivant :

1. Tollemer, Veillon, Dupré, Marie, de Grandmaison, Lévy (Charles), Macaigne, Tissier (Paul), Teissier, Hudelo.
11. Brodier, Lévi (Léopold), Gougel, Thode, Mangin-Bocquet, Beaumé, Plicque, Soupault, Lioncerlin, Enriquet.
21. Aviragnet, Brouardel, Sée, Péron, Hulot, Papillon, Bezançon, Apert, Boix, Dufour.
31. Thérèse, Potier, Renaud, Lyon, Leredde, Sallard, Papillon (G.), Bergé, Gastou, Gallois.
41. Pignol, Philpin, Michel, Zuber, Bruhl, Lafitte, Belin, Achalme, Claude, Sottas.
51. Lamy, Coffin, Sergent, Legry, de Massary, Philippe.

Les séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures et les dimanches à 9 h. 1/2 du matin, à la Charité.

25 Février. — 1^{re} séance. Veillon, 17. — Dupré, 19. — de Grandmaison, 15. — Lévy (Ch.), 13.
Prochaines séances samedi, 26 Février, à 5 heures et dimanche 26, à 9 h. 1/2 du matin, à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

— On annonce l'apparition prochaine d'une publication périodique internationale, consacrée aux recherches sur la lèpre, et qui portera le titre de : *Lepra Bibliotheca internationalis*. La direction en est confiée à M. Ehlers, de Copenhague. Les collaborateurs sont : M. Besnier, de Paris; professeur Dehio, de Dorpat; M. Hansen, de Bergen; M. Hyde, de Chicago; M. Hutchinson, de Londres; professeur Neisser, de Breslau.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 6^e semaine 983 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1,087) et à la moyenne ordinaire des semaines de février (1,083).

La fièvre typhoïde a causé 13 décès. La rougeole a causé également 13 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (26), et inférieur aussi à la moyenne ordinaire de février (17). La scarlatine a causé 4 décès, la coqueluche 8, et la diphtérie, enfin, 4 seulement.

Étranger.

— L'influenza sévit d'une façon intense dans les pays scandinaves.

La semaine dernière on a constaté 1.088 cas à Copenhague, 283 à Stockholm, 158 à Christiania, 519 à Gothenbourg et 296 à Malmoë.

Encore ces chiffres sont-ils au-dessous de la vérité, une grande partie des malades n'ayant pas recours aux soins médicaux.

Nécrologie. — On annonce de Göttingue la mort de M. Wolffhügel, professeur d'hygiène à l'Université de cette ville. M. Wolffhügel avait été attaché précédemment à l'Office sanitaire impérial et avait été dans ce poste un des collaborateurs les plus actifs du professeur R. Koch.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1 rue Cassette.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le Vin de Vivien.

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE DES PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale, Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

Huile de foie de morue synthétique **MORUINE SOUQUE** Préparée par E. FALIERES
Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, élixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antituberculeux. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.
Sous trois formes : CACHETS..... FALIERES. A 0.25 | De Glycerophosphate de Quinine pur
PILULES..... FALIERES. A 0.10 |
SUPPOSITOIRES FALIERES. A 0.25 |

COQUELUCHE, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES, ASTHME, INSOMNIE
NARCEINE PURE DE GIGON (BROMHYDRATE)
SIROP de GIGON dosé à 2 centigr. par cuillerée à bouche. | GRANULES de GIGON dosés à 0,005 milligramme par dose. Adultes 2 à 5 cuillerées à bouche. Enfants 4 à 5 cuillerées à café. | Dose : 2 à 10 granules par jour par grandes personnes, 4 à 5 par enfants.
La Narceïne, ainsi que l'ont démontré Claude Bernard, Béthier, Rabouan et autres célébrités médicales, possède des propriétés calmantes, analgésiques et de la codéine, de plus elle est mieux supportée, surtout chez les enfants et les personnes très impressionnables à l'action de l'opium, elle ne produit ni pesanteur de tête, ni nausées, ni malaises.
Pharmacie GIGON, (téléphone 25, Rue d'Orléans) 7, Rue Coq-Héron, PARIS.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES
SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE
Chlorure d'Ethyle pur. — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

Nouveau Remède contre la TUBERCULOSE
THIOCOL
SULFO-GAIACOLATE de POTASSIUM
Le THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOCOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.
Le THIOCOL n'a pas d'odeur.
Le THIOCOL est soluble dans l'eau.
Le THIOCOL n'est pas toxique.
Envoi franco d'échantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

DOCTEUR! Si vous avez des INSUCCÈS
avec les Préparations Martiales, Hémoglobiques, Glycéro-Phosphatées, les Vins, Pilules ou Granules reconstituants, expérimentez les **Comprimés d'HEMOPHOSPHINE BALVAY**
titrés à 0 gr. 50 de principes actifs
qui vous donneront des résultats rapides et certains dans l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les CACHEXIES, la NEURASTHÉNIE, le SURMENAGE, les CONVALESCENCES, à couvrir comme des DOSES : 2 à 4 Comprimés avant ou dans l'intervalle des deux repas principaux ; à couvrir comme des 2 à 4 Comprimés pour les enfants.
ÉCHANTILLONS GRATUITS A MM. LES DOCTEURS

MANNINE BALVAY
Seul Purgatif agréable.
La Mannine Balvay se présente sous un aspect granulé légèrement rosé ; elle se dissout complètement dans l'eau en donnant un liquide limpide, sucré, vanillé. Le couvercle-mesure contient une cuillerée de Mannine correspondant à l'effet purgatif de 10 gr. de Citrate de magnésie. — Le Flacon de 10 mesures, 2 fr.
VENTE : Ph^e BALVAY, 8, Rue du Château, NEUILLY-PARIS et toutes Pharmacies.

VIN ECALLE KOLA-COCA et VIN TANNIQUE d'un degré alcoolique très faible.
0,50 par verre à madère | Le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.
Dose : 1 verre à madère avant ou après chaque repas, 1 verre à liqueur aux enfants.
Échantillon gratuit aux médecins, Ph^e 38, r. du Bac, Paris. Prix : 4 fr. 50

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.
Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate de CHAUX
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

CONTRE LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE LA CHLORO-ANÉMIE les CACHEXIES
SIROP FRAISSE
ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
à l'OXYHEMOGLOBINE et au GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
DÉPÔT : GRANDE PHARMACIE DÉPÔT 83, Rue Mozart, PARIS
PRIX : 5 Francs

contre : LA PHOSPHATURIE LE DIABÈTE
PILULES FRAISSE
PRÉPARÉES DANS LES HOPITAUX
à l'HEMOGLOBINE et au GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
DÉPÔT : GRANDE PHARMACIE DÉPÔT 83, Rue Mozart, PARIS
PAR TOUTES LES PHARMACIES

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 307-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assiat. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE, par M. le professeur DIEULAFOY 97
ARTÉRITE SYPHILITIQUE DES DEUX SYLVINIENS ET DU TRONC BASILAIRE, par M. BACALOGU 99
MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE; NÉVRITE DU FÉMORO-CUTANÉ, par M. P.-A. LOR (avec 1 figure en noir) 101

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'eczéma par le nitrate d'argent, par M. LEBEDEE 101
Indications du cathétérisme des urètres, par M. E. DESROS 102

ANALYSES

Médecine : Les thromboses dans la pleurésie, par MM. H. RUGE et HIEROKLES 103
Chirurgie : Statistique portant sur 102 cas radicaux de hernies, par M. RACOVIGRANO-PITESTI. — Les hygromas des bourses séreuses de la région iliaque, par M. R. ZELZER 103
Obstétrique et gynécologie : Traitement chirurgical de l'inversion utérine, par M. CARL EYERKE. — Un nouveau procédé de cure radicale de l'inversion utérine, par M. WESTERMARK. — Traitement des prolapsus génitaux de la femme, par M. J. GMEINER 103
Maladies des enfants : De l'épauole ballante chez l'enfant, par M. R. FRIEDLICH 104
Dermatologie et syphiligraphie : L'origine des nevus, par M. SCHUBERT 104
Maladies des voies urinaires : Eclopie périnéale du testicule, par M. MAXIMILIEN WENBERGER 104
Thérapeutique et matière médicale : Effets produits par les différents modes d'excitation électrique de la peau dans un cas de grand dermatoglyphisme, par M. FELIX ALLARD. — L'arsobutaline, substance nouvelle retirée de l'absinthe, par MM. ADRIAN et TRILLAT 104

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite, M. DIEULAFOY. — Déformation des pieds d'origine cicatricielle, MM. HALLOPEAU et TOSTIVANT. — La désinfection des locaux et de la literie par la formacéone, M. EUGÈNE FOURNIER. — Néphrectomie avec extirpation totale de l'uretère droit, M. LE DENTU 82
Société de biologie : Sur la pathogénie de l'edème.

MM. HALLON et CARRION, M. HANRIOT. — L'épreuve de la glycosurie alimentaire au cours des icères infectieux, M. CASTAIGNE. — Effets sur la diurèse de l'association de l'antipyrine et du salicylate de soude, M. BARBIER et FRENKEL. — Action cardio-vasculaire du suc thyroïdien, MM. GUINARD et MARTIN. — Origine hydrique de la fièvre typhoïde, MM. NICOLLE et STILMANS. — Numération des globules blancs, M. MALASSEZ. — Structure des faisceaux conjonctifs, M. ZAGHARIADIS. 82
Société de médecine légale : Un cas difficile d'expertise médico-légale, M. STANSMANN 82
Société française d'électrothérapie : Poulx lent permanent traité par la galvanisation du pneumogastrique, M. GRAND. — Présentation d'instrument, M. DIGNAT 83

PRATIQUE MÉDICALE

L'orexine tannique dans la thérapeutique infantile 83

LIVRES NOUVEAUX

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale 83

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 7 Mars 1899, à 1 heure. — M. HÉRESCO : Interventions chirurgicales dans les tumeurs malignes du rein, MM. Guyon, Berger, Albarran, Thiroloix. — M. FLAMANT : De l'ablation totale de la clavicle; MM. Berger, Guyon, Albarran, Thiroloix.
Mercredi 8 Mars 1899, à 1 heure. — M. DREYZ : La luxation totale ou « enucléation » du premier cunéiforme; MM. Tillaux, Ch. Richet, Thiéry, Widal. — M. FONGÈRES : Fractures du calcaneum; MM. Tillaux, Ch. Richet, Thiéry, Widal. — M^{lle} REVELLOTTI : L'acide picrique est-il toxique? MM. Ch. Richet, Tillaux, Thiéry, Widal. — M. CORONIA : De la tuberculose du postéro-tarse. Traitement par la postéro-tarsectomie; MM. Lannelongue, Joffroy, Humbert, Dupré. — M. BENOIST : Contribution à l'étude de l'audition colorée; MM. Joffroy, Lannelongue, Humbert, Dupré. — M. MERICIE : Les fugues chez les enfants; MM. Joffroy, Lannelongue, Humbert, Dupré.
Samedi 11 Mars 1899, à 1 heure. — M. FREDET :

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

THERAPEUTIQUE. — Le Professeur Pouchet ayant signalé récemment dans l'eau **Apenta** la prédominance du sulfate de magnésie et la présence de la lithine, j'ai tenu à connaître les propriétés de cette eau, et, pour cela, je l'ai prescrite à un grand nombre de mes malades.
 « De mes observations, il résulte que l'eau **Apenta** constitue un excellent purgatif, très actif et rigoureusement dosé. Son action est douce et constante; elle purge à la dose d'un verre ou d'un demi-verre sans déterminer ni coliques, ni malaises; c'est l'eau qui convient dans le traitement de la constipation habituelle.
 « De plus, par sa composition spéciale et constante, cette eau me paraît mériter une place à part dans la thérapeutique hydrologique. »
 4 Février 1899. E. LANCEREAUX,
 Prof. agrégé à la Faculté de Médecine, Paris, Médecin honoraire des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine.

Recherches sur les artères de l'utérus; MM. Farabeuf, Panas, Thiéry, Vaquez. — M. TURPAULT : Sur l'emploi en thérapeutique oculaire des sels mercuriels solubles; MM. Panas, Farabeuf, Thiéry, Vaquez. — M. HICKE : De la dystocie due aux parties molles des bassins généralement rétrécis; MM. Cornil, Hutinel, Marfan, Ménétrier. — M. HORVENO : Les paralysies dans la coqueluche; MM. Hutinel, Cornil, Marfan, Ménétrier. — M. Besson : De l'éruption des dents temporaires et des accidents de la première dentition; MM. Hutinel, Cornil, Marfan, Ménétrier. — M. DAVYÈRE : Les rash polymorphes dans la varicelle; MM. Hutinel, Cornil, Marfan, Ménétrier. — M. PIGOR : Du salicylate de soude dans le traitement des orchites hémorragiques; MM. Debove, Budin, Quénu, Roger. — M. PRUDHOMMEAUX : De l'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale; MM. Debove, Budin, Quénu, Roger. — M. DEZANNEAU : De l'emploi en chirurgie et surtout en obstétrique de l'eau oxygénée; MM. Budin, Debove, Quénu, Roger. — M. MASSOS : Indication principale de la rupture précoce des membranes (en dehors du placenta prævia); MM. Budin, Debove, Quénu, Roger.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique; MM. Lannelongue, Blum, Sebileau. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2; MM. Terrier, Reclus, Varnier. — 3^e (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1; MM. Potain, Gaucher, Teissier. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu; MM. Tillaux, Legueu, Maucalre. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu; MM. Humbert, Lejars, Broca (Aug.). — 5^e (2^e série), Hôtel-Dieu; MM. Hayem, Dupré, Méry.
Mardi 7 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique; MM. Richelot, Quénu, Poirier. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1; MM. Cornil, Bonnaire, Rémy. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale; MM. Proust, Ménétrier, André. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité; MM. Le Dentu, Thierry, Faure. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité; MM. Jaccoud, Charrin, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité; MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan.
Mercredi 8 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique; MM. Terrier, Rémy, Maucalre. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2; MM. Sebileau, Reclus, Lepage. — 3^e (Deuxième partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 3; MM. Fournier, Lancereaux, Méry. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale; MM. Landouzy, Wurtz, André.
Vendredi 10 Mars 1899. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1; MM. Delens, Legueu, Wallich. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale; MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker;

CARABANA PURGE GUÉRIT

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL
PANCHÈVRE et C^o, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

GUILLIERMOND SIROP 1000-TANNIQUE

AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 17, 1^{er} Mars 1899.

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu iodoformo-crésolé.
BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINT-GALMIER BADOIT

CONTREXEVILLE-PAVILLON

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

MM. Blum, Humbert, Lejars. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Necker; MM. Potain, Lancereaux, Gaucher. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Necker; MM. Joffroy, Vidal, Teissier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque; MM. Pinaud, Varnier, Lepage.

Samedi 11 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique; MM. Richelot, Rémy, Albarran. — 3^e (Deuxième partie). Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n^o 4; MM. Troisier, Thibault, Lannois. — 5^e (Première partie), Clinique, Clinique Larnier; MM. Hallopeau, Bonnaire, Wallon. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié; MM. Le Dentu, Berger, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Pitié; MM. Raymond, Chantemesse, Vidal.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Février 1899.

A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite. — M. Dieulafoy. (Voir même numéro, page 97.)

Déformation des pieds d'origine cicatricielle. — MM. Hallopeau et Toatvint ont étudié par la radioscopie une déformation considérable des pieds d'origine cicatricielle; ces extrémités ont l'aspect de moignons; du côté gauche, les orteils semblent avoir complètement disparu. La figure radioscopique montre que cette déformation n'est qu'apparente; les phalanges persistent en partie, mais elles sont très atrophiées et englobées dans le tissu de cicatrice, en extension ou flexion forcées.

Cette atrophie n'est pas la conséquence directe de la brûlure; elle doit être rapportée au trouble apporté dans la première enfance au développement du squelette du pied par la rétraction du tissu de cicatrice.

La désinfection des locaux et de la literie par la formacétone. — M. Eugène Fournier. Les expériences de désinfection au moyen de l'aldéhyde formique n'ayant jamais donné que des résultats microbiocides incomplets, par suite de la non-pénétration des étoffes et des tissus, M. Fournier s'est appliqué à leur associer un véhicule pour faciliter la pénétration.

De tous les produits essayés, l'acétone lui a paru le meilleur, en raison de ses propriétés physiques et chimiques et de son action insecticide.

Après un certain nombre d'expériences intéressantes, notamment celles qui ont suivi la désinfection pratiquée à l'hôpital du Val-de-Grâce, les 22 et 23 Décembre 1898, l'auteur est arrivé peu à peu à perfectionner son procédé.

Les expériences en cours sur les propriétés microbiocides de l'acétone, sur l'emploi de la paraformaldéhyde, et sur la désinfection de la literie par la formacétone, ont donné les résultats suivants :

1^o Les expériences sur la désinfection par l'acétone sont complètement négatives. Toutes les cultures, pyocyanique, charbon, subtilis, tétragnène et les poussières ont poussé dans les vingt-quatre heures. Elles paraissent établir, d'une façon certaine, que dans la désinfection par la formacétone, le rôle de l'acétone, de même que celui de la vapeur d'eau, est essentiellement mécanique et ne sert qu'à faciliter la pénétration de la formaldéhyde.

2^o Deux expériences comparatives faites dans des conditions identiques, l'une avec la formacétone, l'autre en substituant dans la formaldéhyde à 40 pour 100 une proportion équivalente de paraformaldéhyde, ont donné des résultats à peu près identiques. Au bout de quarante-huit heures, les cultures n'avaient pas poussé.

Dans les nouvelles expériences le procédé suivi jusqu'à ce jour a été modifié. Il consiste en :

1^o Projection de vapeurs d'eau alcalinisée ou non et d'acétone en proportions égales; 2^o une heure et demie plus tard, projection de la formacétone suivie ou non, deux ou trois heures après, d'une projection de vapeur d'eau; 3^o au bout de vingt quatre heures, saturation des aldéhydes par une projection ammoniacale; 4^o ouverture et aération, de quatre à six heures après.

Les expériences ont porté sur les mêmes types de cultures que dans les opérations précédentes; les poussières consistaient en terre et poussières provenant du balayage d'un escalier de service d'une maison à la campagne, et non tamisées, exposées dans un casier à 1 m. 50 du plancher, et sur le plancher même; en poussières prélevées, au moment de l'ouverture, dans des rainures du parquet. Au bout de deux, puis de six jours, aucun tube n'avait poussé. La désinfection peut donc être considérée comme complète.

D'après les observations de l'auteur l'action de l'ammoniacale sur l'acétone est nulle ou à peu près nulle dans les conditions ordinaires, dans les opérations avec la formacétone qui précèdent, il paraît y avoir combinaison. La proportion d'ammoniacale à employer pour la saturation doit, en effet, être calculée comme s'il s'agissait de formaldéhyde à 40 pour 100.

Néphrectomie avec extirpation totale de l'uretère droit. — M. Le Dentu présente, au nom de M. Albarran, un malade à qui on a pratiqué la néphrectomie

avec extirpation totale de l'uretère droit, pour une hydro-néphrose due à un papillome de l'uretère.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

25 Février 1899.

Sur la pathogénie de l'œdème. — MM. Hallion et Garrion. Nous avons produit expérimentalement des œdèmes considérables, notamment des œdèmes pulmonaires, en injectant dans le sang des solutions de chlorure de sodium très concentrées. La production de ces œdèmes ne pouvait évidemment pas être un phénomène d'osmose, puisque nous augmentions la concentration moléculaire du sang et que nous devions déterminer dès lors, en vertu des lois pures de l'osmose, un appel d'eau des tissus vers le sang. S'il se produit des œdèmes dans ces conditions, c'est que des pertuis se sont formés ou agrandis dans la paroi vasculaire; celle-ci a passé, de l'état de membrane dialysante, perméable à l'eau et à certaines molécules dissoutes, à celui de filtre plus ou moins grossier, se laissant traverser par un certain nombre de globules rouges.

D'après nos expériences, la paroi des capillaires réalise, suivant les lieux et suivant les conditions, les degrés divers de porosité que l'on constate dans la série des diaphragmes inertes, depuis la membrane de Traube, perméable seulement aux molécules d'eau, jusqu'aux filtres qui laissent passer des éléments figurés.

L'influence des variations de la pression sanguine sur le passage à travers la paroi vasculaire des éléments du sang, en particulier dans le cas de l'œdème, s'accommodent de cette conception schématique, la porosité d'une membrane élastique devant augmenter avec sa tension.

Il est intéressant de rapprocher des œdèmes expérimentaux que nous venons de signaler ceux des cardiaques et des brightiques, malades chez lesquels la concentration moléculaire du sang est accrue.

M. Hanriot. Des expériences récentes me permettent de croire qu'il n'y a aucune différence entre le phénomène de dialyse et celui de filtration. J'ai pu réaliser des dialyseurs purement minéraux avec du sulfate de baryte. Il ne peut donc s'agir dans ces cas que d'un phénomène de filtration à travers des trous extrêmement fins.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire au cours des icères infectieux. — M. Castaigne. Les résultats obtenus par l'épreuve de la glycosurie alimentaire au cours des icères infectieux sont très variables selon les cas et semblent avoir une réelle valeur pronostique.

Les 20 cas que nous avons pu observer à ce point de vue peuvent être divisés de la façon suivante :

5 cas d'icères infectieux bénins au cours desquels la glycosurie fut constamment négative; leur guérison fut très rapide et leur convalescence de courte durée.

Dans 11 cas d'icères infectieux ayant duré plus longtemps, s'étant accompagnés de symptômes plus graves et ayant en leur pour la plupart une convalescence plus longue et plus pénible, la glycosurie alimentaire fut constamment positive pendant la période d'état de la maladie, mais devint négative au moment de la crise polyurique et azoturique.

Dans deux observations, la crise se produisit avec ses caractères ordinaires, mais sans que pour cela la glycosurie cessât d'être positive. L'une concerne un icère catarrhal prolongé; l'autre un icère infectieux à rechute.

Enfin, dans 2 cas de maladie de Hanot, nous avons constaté que la glycosurie alimentaire, négative dans les périodes chroniques de l'affection, devient positive lorsque se produisent les poussées aiguës d'ictère et de fièvre, pour disparaître à nouveau en même temps que s'amendent les phénomènes d'exacerbation; elle ne reste constamment positive qu'au moment de la période terminale.

En somme, la glycosurie alimentaire doit toujours être recherchée avec grand soin dans le cours des icères infectieux bénins. Si elle est négative, il y a tout lieu d'espérer que l'évolution de la maladie sera très bénigne; si elle est positive, on devra la rechercher de nouveau au moment de la crise et se rappeler que, pour être valable, cette crise doit être non seulement polyurique et azoturique, mais encore s'accompagner de glycosurie alimentaire négative, faute de quoi on devra redouter une évolution vers l'ictère catarrhal prolongé ou l'ictère infectieux à rechute.

Effets sur la diurèse de l'association de l'antipyrine et du salicylate de soude. — MM. Bardier et Frenkel (de Toulouse). Injectées successivement dans la circulation générale du chien, l'antipyrine et le salicylate de soude manifestent leur influence, l'un après l'autre, quel que soit l'ordre de l'injection. Si l'on injecte un mélange de ces substances, à parties égales, l'action de l'antipyrine prédomine. En dépit de leur action contraire sur la diurèse, il est impossible, quel que soit le mélange, de neutraliser l'effet de l'antipyrine par celui du salicylate, et cela pour une double raison : 1^o l'antipyrine agit surtout par vaso-constriction rénale, tandis que le salicylate de soude élève la pression générale et dilate les vaisseaux renaux; 2^o la durée des effets de

l'antipyrine est beaucoup plus longue que celle de l'action du salicylate et son début est un peu plus tardif.

Action cardio-vasculaire du suc thyroïdien. — MM. Guinard et Martin (de Lyon). L'action du suc thyroïdien sur la pression sanguine est encore à l'étude. Quelques physiologistes ont conclu à un effet d'hypertension, d'autres à une hypotension. Nous avons eu l'occasion d'expérimenter avec du suc thyroïdien frais, extrait de la glande d'un supplicé et nous avons pu nous convaincre que si parfois les faibles doses de suc thyroïdien peuvent produire au début une légère élévation de la tension vasculaire cette élévation est fugace et est rapidement suivie de l'effet opposé.

Origine hydrique de la fièvre typhoïde. — MM. Nicolle et Spillmann envoient une note sur le rôle important joué par l'eau dans l'apparition et la propagation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Falaise.

Numération des globules blancs. — M. Malassez indique un procédé de technique simple pour la numération des diverses variétés de leucocytes.

Structure des faisceaux conjonctifs. — M. Zachariades envoie le résultat de ses recherches sur l'histologie fine des faisceaux conjonctifs.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

13 Février 1899.

Un cas difficile d'expertise médico-légale. M. Christian lit un rapport sur une expertise médico-légale intéressante dont la relation a été envoyée par M. Strassmann (de Berlin), à la Société.

Après un incendie, on trouva dans les décombres de la maison le cadavre d'une femme de quarante-deux ans couchée sur le côté gauche resté à peu près intact; le côté droit était, au contraire, presque entièrement consumé, les os à nu et entamés par le feu, complètement dépouillés des parties molles. Le côté droit de la face était également carbonisé.

Le crâne était resté entier, il n'avait pas éclaté. En enlevant la calotte crânienne, on trouve, sur toute la surface de l'hémisphère droit, une masse rougeâtre, sèche, épaisse, adhérente à la face interne du crâne, et séparée de la dure-mère par une couche de matière cérébrale sèche, épaisse, grumeleuse. Cette masse cérébrale avait fusé par une déchirure de la dure-mère, qui s'était faite sur l'hémisphère gauche, au niveau du lobe frontal; déchirure arrondie, à bords déchiquetés, de la grandeur d'une pièce de 1 franc environ. La masse brun-rougeâtre, trouvée à l'intérieur du crâne, avait l'apparence d'un gâteau de sang coagulé, qui aurait été soumis à une haute température. C'était, en effet l'examen microscopique en a donné la preuve), une masse sanguine; son maximum d'épaisseur était de 5 millimètres environ; elle adhérait fortement à la paroi osseuse. La matière cérébrale répandue au dehors de la dure-mère était altérée, desséchée; en certains endroits elle avait une épaisseur de 1 cent. 1/2. Le cerveau était grumeleux.

Ces découvertes d'autopsie soulevaient une question médico-légale des plus délicates. Le mari de la victime était soupçonné d'avoir tué sa femme et mis le feu à la maison.

On demandait donc aux experts si l'hémorragie extra-méningée, constatée à l'autopsie, devait être attribuée à une violence extérieure, à laquelle la femme aurait succombé avant d'être brûlée, ou, au contraire, si l'action du feu avait suffi pour la produire. On leur demandait aussi comment s'était produite la déchirure de la dure-mère, à travers laquelle le cerveau avait fusé au dehors.

Pour celle-ci, il n'y eut pas d'hésitation. Les experts furent unanimes à admettre qu'elle était due uniquement à l'expansion des gaz développés dans l'intérieur du crâne sous l'influence de la chaleur; d'où éclatement de la dure-mère.

Quant à l'hémorragie extra-méningée, elle avait pu être causée par un choc traumatique, et ce fut même l'opinion des premiers experts. En effet, des épanchements de sang entre la dure-mère et le crâne, des ruptures de l'artère méningée ou de ses rameaux peuvent être la conséquence de violences extérieures laissant le crâne intact.

Pourtant M. Strassmann fut d'un avis différent; il considéra cette hémorragie extra-méningée comme un effet de la combustion même.

Il avait fait, peu de temps avant d'être consulté sur le cas actuel, l'autopsie de trois cadavres brûlés, à peu près carbonisés, dans l'explosion d'une fabrique d'allumettes. Or, sur l'un de ces cadavres, une jeune fille de vingt ans, il avait trouvé, entre le crâne et la dure-mère, une couche brunâtre, épaisse, ayant tout à fait l'aspect de celle décrite plus haut, et consistant, comme elle, en une masse de sang calciné. Là encore, comme il s'agissait d'une explosion, on aurait pu, à la rigueur, incriminer un choc traumatique. Mais l'examen attentif de cette masse révéla autour d'elle l'existence de gouttelettes de graisse fondue. Cette graisse, évidemment, ne pouvait provenir que des os du crâne, d'où elle avait dû sourdre par l'effet de la chaleur. Il était dès lors vraisemblable que le sang lui-même n'avait pas une autre

origine, que la chaleur l'avait chassé lui aussi hors des os et des parties molles ?

Pour en avoir la preuve certaine, M. Strassmann institua une série d'expériences sur des cadavres humains et sur des têtes d'animaux. Chaque fois que la tête en expérience était exposée à la flamme d'un foyer ardent, il put constater l'exsudation sanguine à la face interne du crâne.

P. DESFOSSES.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ELECTROTHÉRAPIE

16 Février 1899.

Pouls lent permanent traité par la galvanisation du pneumogastrique. — M. Grand relate le cas d'une malade âgée de soixante et un ans qui était atteinte de pouls lent permanent il y a quatre ans et dont la guérison se maintient parfaite depuis cette époque.

En dehors du ralentissement du pouls, les autres éléments dont la réunion constitue habituellement ce syndrome : syncopes, attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc., n'existaient pas et étaient remplacés par des vertiges, des bourdonnements, des éblouissements diversément colorés, des troubles gastriques et intestinaux tels que nausées, vomissements et évacuations alvines répétées.

Ces divers troubles duraient depuis plus d'un an et se manifestaient par périodes paroxystiques séparées par des rémissions assez courtes dont la durée ne dépassait pas deux à trois jours.

Le pouls battait de 27 à 38 fois par minute pendant les périodes de paroxysme et se relevait à 60 et 75 pulsations pendant les jours d'accalmie.

Il n'existait chez cette malade ni sénilité athéromateuse ni lésions cardio-vasculaires.

Le traitement a consisté en galvanisations du pneumogastrique au cou : séances quotidiennes de dix à quinze minutes de durée, avec une intensité de 5 à 7 milliampères, et accompagnées de séances de franklinisation avec soufflet céphalique au moyen d'une pointe pendant deux minutes.

Les périodes paroxystiques devinrent graduellement plus courtes et moins pénibles, tandis que les rémissions devenaient au contraire plus longues, jusqu'au retour à l'état normal qui fut obtenu après six semaines et ne s'est plus altéré depuis quatre ans. Le pouls bat actuellement de 100 à 110. Le cœur est normal. La malade a récupéré 25 livres de son poids qu'elle avait perdus pendant sa maladie.

Présentation d'instrument. — M. Dignat présente une électrode à pression mesurable dont le dispositif permet d'évaluer assez exactement la pression exercée par l'électrode sur le point moteur.

D. LABRÉ.

PRATIQUE MÉDICALE

L'orexine tannique

dans la thérapeutique infantile.

Depuis que MM. Steiner et Limpert ont attiré l'attention du monde médical sur l'orexine tannique, ce médicament est devenu l'objet de recherches thérapeutiques de la part d'un grand nombre de praticiens.

M. Künkler (de Kiel) vient de publier, dans l'*Allgemeine medicinische Centralzeitung* du mois de Janvier dernier, les résultats qu'il a obtenus en prescrivant l'orexine à dix petits malades dont l'anorexie relevait de causes très disparates : convalescence de pneumonie, de mal de Pott, de scarlatine ; adénite tuberculeuse du cou, gastrite aiguë, chloro-anémie, etc. ; quelques uns de ces enfants souffraient d'une anorexie survenue sans cause appréciable, pour ainsi dire, en pleine santé.

Chez tous ces petits malades, M. Künkler aurait observé des effets vraiment surprenants.

Quant au mode d'administration, l'auteur a tantôt eu recours aux cachets et tantôt aux tablettes chocolatées, que les enfants acceptent avec la plus grande facilité. Chaque cachet renferme 50 centigrammes de poudre d'orexine tannique ; les tablettes sont à 25 centigrammes ; la dose quotidienne ne doit jamais dépasser 1 gramme d'orexine tannique, à moins d'indications tout à fait spéciales.

D'après M. Künkler, le meilleur moyen d'obtenir de bons résultats avec ce médicament consistera à l'administrer une heure et demie ou même deux heures avant chacun des deux principaux repas ; en même temps, il recommande de s'abstenir de tout aliment entre la prise de l'orexine tannique et le moment de se mettre à table ; l'eau claire sera seule autorisée.

LIVRES NOUVEAUX

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1899, Janvier-Février, n° 1.

La *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* commence sa troisième année de publication. Fondée en 1897 par S. Pozzi pour donner à la gynécologie française une revue digne d'elle, et pour grouper dans un recueil de langue française les travaux des principaux gynécologues et chirurgiens du monde entier, elle a été constamment à la hauteur de sa tâche. Par les nombreux articles originaux, par les multiples analyses qu'elle renferme, elle a toujours tenu ses lecteurs au courant des progrès si rapides de la chirurgie moderne.

Son premier numéro de 1899 n'est pas pour la faire déchoir du rang exceptionnel qu'elle a su conquérir auprès des gynécologues et des chirurgiens.

Ce numéro contient, outre de nombreuses analyses, huit travaux originaux, la plupart de longue haleine. S. Pozzi et F. Jayle donnent une description du nouveau service de gynécologie de l'hôpital Broca, dont *La Presse Médicale* relatait dernièrement l'inauguration. Les auteurs de l'article, qui sont en même temps les organisateurs du service, décrivent avec soin l'installation complète et donnent le détail et la figure des principaux appareils nouveaux dont le service est doté.

G. Latteu apporte une étude bien faite d'une tumeur dermoïde mixte, incluse dans le ligament large. De Strauch, de l'Université impériale de Moscou, relate cinq cas de grossesse extra-utérine répétée et les fait suivre de judicieuses considérations sur le traitement des grossesses extra-utérines en général.

La méthode nouvelle d'hémostase définitive sans ligature et sans pincées, qui précède depuis quelque temps les chirurgiens, trouve de nouveaux défenseurs dans C. Lyot et P. Rebreyend qui apportent les résultats excellents que leur a donné l'angioplastie appliquée à l'ablation des annexes de l'utérus. Le Dentu expose l'histoire et les indications de l'exclusion intestinale. E. Quénu et G. Landel consacrent un excellent chapitre de la *Revue* aux tumeurs villosités du rectum. Delagrènerie retrace la technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase. Pierre Wiart relate les résultats de ses recherches sur l'anatomie chirurgicale et les voies d'accès du cholédoque et indique un mode nouveau d'exploration du cholédoque.

Ces divers articles sont, pour la plupart, éclairés de gravures tirées avec soin. Dans ce premier numéro, on ne compte pas moins de cinquante-deux gravures et de cinq planches hors texte en noir ou en couleur qui montrent l'attention que la direction de la *Revue* apporte à fournir à ses lecteurs ce mode si précieux d'enseignement.

Parfaitement éditée, d'une exécution typographique irréprochable, la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* fait le plus grand honneur à S. Pozzi et à F. Jayle qui président à ses destinées ; elle peut, avec avantage, soutenir la comparaison avec n'importe quelle revue scientifique étrangère.

P. DESFOSSES.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 25 Février. — MM. Macaigne, 19. — Tissier (Paul), 18. — Hudelo, 18. — Lévi (Léopold), 17.

26 Février. — MM. Gouget, 19. — Londe, 16. — Mangin-Bocquet, 13. — Beaumé, 14. — Plicque, 17. — Soupauff, 18.

28 Février. — MM. Henriquez, 16. — A viragnet, 18. — Brouardel, 13. — Péron, 19.

Prochaine séance, jeudi 2 Mars, à 5 heures à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Conseil de l'Université de Paris. — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni lundi matin. M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a été élu vice-président en remplacement de M. Garsonnet.

Le Conseil a autorisé l'ouverture, à la Faculté de médecine, des cours libres suivants : M. Petit, stomatologie, clinique et thérapeutique ; M. Gaube, minéralisation comparée du tissu moléculaire dans la série animale ; M. Dunangier, pathologie et thérapeutique dentaire ; M. Berillon, psychologie physiologique et pathologique, applications de l'hypnotisme.

Académie des Sciences. — Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a nommé correspondant national, dans la section d'anatomie et de physiologie, M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

Académie de médecine. Election de deux membres associés étrangers. Les candidats présentés étaient en première ligne, Sir J. Lister (de Londres), en deuxième ligne, M. R. Koch (de Berlin).

Sir J. Lister a été élu par 64 voix sur 64 votants. M. Koch, par 23 voix sur 64 votants.

M. le professeur van Leyden (de Berlin) invite l'Académie à se faire représenter au Congrès de la lutte contre la tuberculose considérée comme maladie épidémique.

M. le Ministre des affaires étrangères informe l'Académie qu'une conférence médicale internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes doit se tenir à Bruxelles dans la première quinzaine du mois de Septembre prochain.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Benoit du Martouret, Blanche Debière, Gautier, Geoffroy, Gibard, Guillier, Josias Juranville, Le Guellant, Lemoine, Loxes, Lyon, Marthe, Martin, Mercereau, Mora, Ozenne, Plateau, Regnier, Ribart, Suss, Trape-nard, Vallon, à Paris; Aillaud, à la Giotat; Boell, à Bouge; Buisson, à Auberclicourt; Chabrier, à Aix; Fanchey, à Lesparre; Gillet, à Lamarche; Gory, à Saint-Laurent-du-Médoc; Guille, à Villeneuve-le-Guyard; Lafage, à Neuilly; Leclère, à Toul; Ledermann, à Sévres; Macquerel, à Nogent-le-Rotrou; Martelli, à Bugles; Ménard, Saint-Gervais-les-Trois-Clochers; Mélayas Stavrov, à Marseille; Noel, à Macheault; Pelon à Samur; Phocas, à Lille; Richard, à Lille; Samalens, à Auch.

Sont nommés officiers d'académie : MM. Allix, Barbulé, Baudet, Beaulavon, Braine, Capdepon, Cazenave, Chazardin, Darras, Darses, Delarue, Demelin, Fissiaux, M^{me} Desmolières, Doucy, Dumoret, Dunogier, Durville, M^{me} Jourdan, Kinzelbach, Lacaze, Laurent (Emile), Lesmes, Lenoir, Le Roy, Mazery, Moiroud, Monin, Naudet, Parisot, Perlat, Petit (Clément-Achille-Urbain), Petit (Raymond-Louis-Marie), Peyré, Pommé de Mirimonde, Queysac, Rabbaud, Ramond, Recht, Renaud, Henri de Rothschild, Roubinovich, Tapie, Tariel, Tessier, Vercoustre, Vimont, Weber, à Paris.

Amor, à Bône; Arnaud, médecin-major de 2^e classe; Bayvel, médecin-major à Vendôme; Bernard, à Forcalquier; Bert, à Aurillac; Biat, à Liévin; Blanchard, à Presles; Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise); Bompard, à Briançon; Bounard, à Aix-les-Thermes; Bosselut, à Nontron; Bouilland, à Limoges; Boussac, à Albi; Brière, à Morteaux-Gombouf; Caire, à Nanterre; Gallé, à Saint-Cerret; Cayla, à Neuilly; Châtinière, à Saint-Mandé; Cheruy, à Hautvillers, Choiseau, à Offranville; Concaix, à Felletin; Coquerelle, à Beauvais; Cornet, à Morennes; Grézier, à Gac; Dandrieu, à Verfeil; David, à Nice; Denouault-Gardière, à Croixille; Du-lou, à Cette; Dufaur, à Valence d'Agén; Dufour, à Fécaup; Dumas, à Nangis; Duriau, à Dunkerque; Durivier, à Caen; Farina, à Menton; Fleys, à Aurillac; Fontaine, à Marseille-le-Petit; Forfer, à Vitry-le-François; Fostier, à Thizy; Galot, à Menton; Galzani, à Pontivy; Gautier, à Bordeaux; Giustini-oi, à Ajaccio; Gorry, à Arfous; Grellière, à Neauphle-le-Château; Guillelmet, à Saint-Germain-de-Joux; Guyotier, à Brest; Jagu, à Saint-Pol-de-Léon; Joanny, à Pleaux; Joy, à Boulogne-sur-Seine; Laboud, à Yenne.

Laurent, à Brons; Leriche, à la Souffraine; Long, à Toulon; Lucas, à Montfort-sur-Bislie; Magnan, à Dié; Marchesi, à la Belgodère; Mathieu, à Wassy; Mautrais, à Chiron; Mazeront, à Auzances; Mercier, à Montreuil; Mulet, à Pont-Saint-Maxence; Nais, à Sermaises; Orlanduet, à Vesovaoi (Corse); Pascalini, à Saint-Pol-sur-Mer; Petrolavci, à Bone (Constantine); Peyral, à Vill-franche-Lauragnais; Piquet, à Constantine; Ponce, à Joudès-Tours; Pons, à Ille-sur-Tet; Porquet, à Vire; Record, à Velaines; Rivière, à Lyon; Rouillon, à la Varenne-Saint-Hilaire; Ronveix, à Saint-Germain-Lanbron; Saint-Aguès, à Toulouse; Sanna, à Aspet; Soubise, à Fontenay-sous-Bois; Thévenon à Craponne; Thibault, à Eoghien-les-Bains; Vaussy, à Vire; Veillard, à Lorris; Vidal, à Gennes; Vincent, à Lyon; M^{me} Hanicot, sage-femme en chef de la clinique d'accouchement à Paris.

Association médicale mutuelle. — Conformément aux articles 38 et 40 des statuts de la Société, l'Assemblée générale annuelle de l'Association médicale mutuelle se tiendra le dimanche 5 Mars prochain, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à deux heures très précises.

Ordre du jour : 1^o Vote pour l'admission définitive des adhérents depuis la dernière assemblée; ceux-ci sont au nombre de 27; 2^o allocation du Président; 3^o rapport du Secrétaire général; 4^o compte rendu financier du Trésorier; 5^o compte rendu de la Commission des Finances; 6^o élections de deux vice-présidents, un secrétaire général, deux secrétaires, deux trésoriers.

La présence aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires est obligatoire pour tous les associés participants, à moins d'excuse valable, sous peine d'une amende de 5 francs. Cette présence est constatée par la signature de l'associé sur une feuille de présence.

Étranger.

— Le professeur Bier, de Kiel, est nommé professeur ordinaire de chirurgie à l'Université de Greifswald.

— M. Ehret est nommé privat-docent de médecine interne et M. Römer privat-docent d'odontologie à l'Université de Strasbourg.

— L'influenza sévit sous une forme très maligne à Mexico. 35 000 personnes sont atteintes et de nombreux décès ont eu lieu, surtout dans les classes pauvres.

BIBLIOGRAPHIE

A. Zuber. — *La mortalité infantile à Nancy*. Broché, in-8^o raisin, de 136 pages (CARPIS-LEBLOND, à Nancy).

Béclère. — *Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la Tuberculose*. 1 vol. in-16 carré, de 100 p. cart. à l'anglais. Prix : 1 fr. 50 J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

- AVANTAGES DU Phosphotal** (Phosphite neutre de Créosote.)
- 1^o Absence de causticité.
 - 2^o Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
 - 3^o Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
 - 4^o Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
 { Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

HÉTOL ET HÉTOCRÉSOL (Cinnamate de sodium et Cinnamyl-méta-crésol.) Médicaments antituberculeux recommandés par le D^r Landerer (Stuttgart). Préparations d'une pureté garantie.

OREXINE TANNIQUE Le meilleur stimulant de l'appétit, absolument insipide, agissant rapidement chez les enfants dont il stimule l'appétit; employé aussi chez les adultes. Très efficace contre les vomissements incoercibles de la grossesse, à la dose de 50 cgr., 2 fois par jour, soit 2 tablettes d'orexine chocolatées.

IODOL Le meilleur succédané de l'Iodoforme.
 SANS ODEUR — NON TOXIQUE
 Recommandé par les sommités médicales.

MENTHOL- IODOL Finement cristallisé. Combinaison d'Iodol avec 1^o/₁₀ de Menthol, recommandé par M. le D^r Schaeffer (Brème). Très efficace pour insufflation dans la pratique rhino-laryngologique.

Échantillons et Notices sur demande adressée à
M. MARTI & REINICKE, 39, rue S^{te}-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris

HÉMORRHAGIES ANÉMIE **LYMPHATISME CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

LE TRAUMATOL (Iodocrésine)

Le TRAUMATOL est supérieur à l'Iodoforme qu'il remplace avantageusement. Il est sans odeur, ni caustique, ni toxique.

Le TRAUMATOL est employé avec le plus grand succès par les chirurgiens des hôpitaux et a été l'objet d'un rapport à la Société de Chirurgie, et après expériences concluantes, adopté par le Conseil de Santé de la Marine.

Le TRAUMATOL s'emploie sous forme de Poudre, Gaze, Ovules, Vaseline, Collodion, Crayons, Glycérine, Emplâtres.

DÉPOT :
 Pharmacie A. CHEVRIER, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, Faub^{rg} Montmartre, Paris.

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT GUBLER TROUSSEAU CHARCOT
 Tr. Pharm. page 300. Comment' du Codex page 813. Thérapeutique page 214. Cliniq. Sulpétrière.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est un névrossthénique et un puissant sédatif

DE LA NEURASTHÉNIE, DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES

Une à deux cuillerées à café, matin et soir, dans un demi verre d'eau sucrée.

THÉ St-GERMAIN (Codex p. 538) de PIERLOT. Purgatif sûr et agréable
 C. LANCELOT & C^{ie}, 26, Rue St-Claude, Paris et toutes pharmacies.

- GRANULÉE**
 1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue..... Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES**
 1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue..... Le flacon 4 fr.
- ÉLIXIR**
 On croitrait toute la fin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP**
 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue..... Le flacon 4 fr.



La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
 Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée: **Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète.** Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS
 SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MAUREUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MEDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaud.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

MYXŒDÈME INFANTILE SPONTANÉ, par M. BRUQUET (avec 2 figures en noir) 105

MÉDECINE PRATIQUE

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde; leur prophylaxie et leur traitement, par M. A.-F. PLIQUE 107

ANALYSES

Médecine expérimentale : De l'élimination des chlorures dans la néphrite et dans l'urémie, par M. A. HORMANN 107

Bactériologie : Sur les bacilles encapsulés, par M. LAWRENCE WATSON STRONG 108

Obstétrique et gynécologie : Cure radicale des fistules vésico-vaginales par le procédé de W. A. FREUND, par M. GEORGES ROSM 108

Maladies des enfants : Un cas de septicémie pyocyanique avec endocardite infectieuse chez l'enfant, par M. BLUM 108

Thérapeutique et matière médicale : Du traitement de l'obésité par les préparations thyroïdiennes, par M. W. ERSTEIN 108

Les allumettes au sesquisulfure de phosphore, par M. P. LANGLOIS 84

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Traitement de l'appendicite, M. CHAPUT, M. QUÉNU. — A propos de l'appendicite, M. TUPPIER, MM. BRUN, PICQOÛ, POCHERAT, BARLETTE. — Réduction d'une luxation congénitale de la hanche par le procédé de LORENTZ, M. RAYMOND. — Trépanation pour épilepsie jacksonienne, M. REYNIER. — Plaie de l'abdomen avec issue de l'intestin, MM. REYNIER et THIÉRY, MM. BAZY et TUPPIER, POZZI. — Lipome aigu de la cuisse, M. JALAGUIER. — Sérum antitétanique, M. NIMIER 85

Société médicale des hôpitaux : Spondylose rhizomélique, M. G. GASSE. — Tremblement essentiel chez un hystérique, M. ANTONY, M. RAYMOND. — Un cas de surdi-mutité, M. ANTONY. — Gangrène pulmonaire traitée par la pleurotomie; mort par tuberculose aiguë six semaines après l'opération, MM. FERNET et LEJARS, MM. BENOÛT, FERNET, BÉCLÈRE 86

Société anatomique : Escarres gastriques dans un cas d'intoxication suraiguë par le sublimé, M. BACALOGU. — Cancer primitif de la vésicule biliaire, envahissant le foie par contiguïté, M. BACALOGU. — Sur les rapports de la rate, M. PICOU. — Gangrène pleuro-pulmonaire, M. MINET. — Cancer colloïde de l'estomac, M. HENRY BERNARD. — Fibro-myome utérin calcifié; pierre utérine, M. HENRY BERNARD. — Cancer du segment supérieur des voies biliaires extra-hépatiques, avec généralisation au péritoine et aux deux ovaires, MM. GRIFFOIN et LÉVEN. — Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne

chronique, MM. MARION et SCHWARTZ. — Atrophie et dégénérescence scléreuse du placenta dans un cas de fausse couche chez une malade atteinte de sclérodémie, M. DURANTE. — Note complémentaire sur un cas de spondylose rhizomélique, M. NIZIAN 86

Société d'obstétrique de Paris : Séjour de trente-deux ans d'un pessaire dans un vagin, M. BLONDEL. — Expulsion d'un fœtus vivant de sept mois ayant vécu cent dix jours en dehors de l'œuf, M. DUBRISAY, MM. MAYGRIER et BAR. — Récidive d'éclampsie au cours de la grossesse, M. MAYGRIER, M. BOISSARD. — Présentation d'un enfant ayant eu un kyste congénital sacro-coccygien fermé avec sucs : présentation de photographies, de radiographies et de préparations histologiques, MM. DE ROTHSCHILD et SCHWAB, M. BRINDEAU. — Accidents maniâques chez une accouchée; guérison par les injections intra-veineuses d'eau salée, M. BOUILLÉ, M. BRINDEAU. — Etudes des monstros par les rayons de Röntgen; présentation de pièces du musée de la clinique Tarnier, avec leurs photographies et leurs radiographies faites l'une et l'autre avec le tube de Crookes, M. BOUCHAGOURT 87

Société médico-chirurgicale : Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches, M. DUBRISAY, MM. BERTHOD, GAZEMAU, DACHEUX, VERCHÈRE. — L'état du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, M. FORSTNER 87

Société de médecine et de chirurgie pratiques : Fracture du col anatomique de l'humérus; traitement par le massage; présentation de pièces, M. REYNIER, M. VERCHÈRE 87

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine berlinoise : Tétanie et dilatation de l'estomac, M. ALBU. — Propagation de la tuberculose, M. CORNET, M. NEISSER 88

Société de médecine interne de Berlin : Les pneumonies dans la fièvre typhoïde, M. A. FRAENKEL 88

AUTRICHE-HONGRIE. — Collège des médecins de Vienne : Traitement de la fièvre typhoïde par l'extrait antityphique, M. JEZ 88

ILES BRITANNIQUES. — Société médicale de Londres : Abcès du cerveau, M. MAGUIRE. — Maladie de Basedow, M. MACKENZIE. — Anévrysme de l'aorte, M. MACKENZIE 88

RENSEIGNEMENTS

Cliantèle à céder après décès et située près de la gare Saint-Lazare. Chiffre moyen : 25,000 fr. Conditions très avantageuses. S'adresser à M. Maucclair, 22, rue Montaigne, les mardi, jeudi, samedi, de 1 h. à 3 h.

Cabinet médical et pharmacie à céder, centre de Paris. S'adresser à M. Bernard, 37, rue Saint-Marc, de 5 à 6 heures, ou écrire.

Le poste de médecin du service pénitentiaire de Belle-Île-en-Mer sera prochainement vacant. Appointements : 1,800 francs, sans retenue. Le médecin assure le service médical des jeunes détenus et a toute liberté pour exercer sa profession au dehors. S'adresser au directeur de l'administration pénitentiaire, au ministère de l'intérieur.

Association médicale de Birmingham : Utérus infantile, M. LAWSON TAIT. — Pyosalpinx double, M. LAWSON TAIT. — Néphrectomie pour cancer du rein, M. LLOYD. — Radiographie du bassin, M. EDWARDS. — Sarcome myéloïde du péroné, M. HASLAM 88

Société médicale de Liverpool : Sarcome de la jambe, M. STEWART. — Tumeur de la région amygdalienne, M. BANKS. — Tumeurs de l'œsophage, M. PEMMEWAN 89

Académie de médecine d'Irlande : Tumeur péri-tonéale, M. NORMAN. — Atrophie musculaire, M. SYMES 89

RUSSIE. — Société de pédiatrie de Moscou : Intervention opératoire, dans un cas de spina bifida, chez un nouveau-né, M. J. DOLINSKY. — Un cas de diarrhée par balanthidium coli, M. J. JEGALOFF 89

Société de neurologie de Kazan : Polynévrite des nerfs crâniens dans un cas de sarcomatose généralisée, M. DARSCHETICH. — Un cas d'aéromégalie, MM. PERVOUCHINE et A. FAVORSKY 89

ÉTATS-UNIS. — Société médicale de New-York : Greffe ovarienne, M. GLASS 89

PRATIQUE MÉDICALE

Epistaxis rebelles, hémostase rapide. — Traitement de la migraine des dyspeptiques. — De la traction de la langue au dehors comme moyen prophylactique des accidents de l'anesthésie 90

LIVRES NOUVEAUX

Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose, par M. BÉCLÈRE 90

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

COURS

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. ROGER, suppléant M. le professeur Bouchard, commencera ce cours le lundi 6 Mars, à 4 heures (petit amphithéâtre). Il traitera de la pathogénie et de la thérapeutique des maladies infectieuses.

LES ALLUMETTES

AU SESQUISULFURE DE PHOSPHORE

Dans une communication faite à l'Académie de médecine, M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, a mis en évidence les bienfaits de l'emploi du sesquisulfure de phosphate dans la fabrication des allumettes.

Grâce à l'emploi de cette substance, grâce aux

VER SOLITAIRE
Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fougère mâle des Vosges.
Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 18, 4 MARS 1899.

CARABANA Purgation pour régime.
Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit
Retourne les forces
Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et P^lac.

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE

MASSAGE

POUGUES TONI-ALCALINE

mesures d'hygiène prises dans les usines, grâce à la surveillance exercée sur les ouvriers, non pas seulement les accidents graves, mais bien tous les accidents du phosphorisme ont pu être évités; aucun accident n'a été observé dans les usines de Trélazé et de Saintines depuis que l'on se sert du sesquisulfure.

Il est intéressant de montrer comment ce progrès a pu être réalisé.

Lors de la main-mise de l'État sur l'industrie des allumettes, loin de diminuer, la terrible nécrose phosphorée ne fit qu'augmenter ses ravages, et il fallut une grève générale des ouvriers ainsi menacés pour stimuler le zèle des ingénieurs de l'État auxquels incomba dorénavant la direction de la fabrication.

Le problème était, il faut le reconnaître, difficile à résoudre, étant donnée l'opposition d'une grande partie du public à l'emploi des allumettes à phosphore amorphe ne s'enflammant que sur frottoir spécial; sur ce point, l'opposition, principalement dans les campagnes, était irréductible.

Il fallait donc trouver une allumette qui prit feu par une friction moyenne sur un corps visqueux quelconque. Nous disons friction moyenne, car si la combustion était trop facile, le moindre frottement, le plus léger choc, pouvait déterminer la conflagration de paquets entiers; si, au contraire, le point de combustion était trop élevé, l'allumette se serait brisée avant de s'allumer.

Les essais furent nombreux; les inventeurs, attirés les uns par un but humanitaire, les autres stimulés par le bénéfice considérable que donnerait la vente du brevet, assaillirent l'Administration; et nous avons encore sous les yeux les articles élogieux parus dans la grande presse sur un certain nombre de types, qui d'ailleurs, ne purent résister aux essais faits dans le public.

C'est que la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc dans le « bouton » de l'allumette ne pouvait être réalisée que par l'addition d'un comburant énergique tel que le chlorate de potasse; la fabrication de cette pâte est des plus dangereuses, les inflammations accidentelles fréquentes, enfin les allumettes ainsi garnies *crachent* au frottement. Aussi, tous les essais avaient-ils été si peu fructueux que beaucoup d'hygiénistes, désespérant de trouver un succédané au phosphore blanc, se contentaient de réclamer des améliorations nouvelles et sérieuses dans la fabrication avec cette substance.

C'était peut-être désespérer trop vite des ressources que les progrès de la chimie mettent chaque jour à notre disposition; en effet, parut bientôt un nouveau type portant la marque S. C., qui fut soumis à l'épreuve publique, et parut bientôt répondre aux desiderata formulés et par les hygiénistes et par le consommateur. Ces allumettes dites du type à bouton mixte, renfermaient matière comburante et matières combustibles; la matière comburante était toujours du chlorate de potasse, mais le phosphore y était remplacé par le sesquisulfure de phosphore.

La pâte qui sert à les faire est ainsi composée, pour 100 : sesquisulfure de phosphore, 6; chlorate de potasse, 24; blanc de zinc, 6; ocre rouge, 6; poudre de verre, 6; colle, 18; eau, 34.

Le sesquisulfure de phosphore se rapproche, par certaines de ses propriétés, du phosphore blanc. C'est ainsi que son point d'inflammation, 95°, est voisin de celui du phosphore blanc, 60°. Il se mélange facilement et intimement avec la pâte chloratée et sa chaleur spécifique est faible; double condition éloignant le danger des conflagrations accidentelles.

Une friction légère sur un objet quelconque permet l'inflammation de l'allumette et la proportion de sesquisulfure dans la pâte est assez faible, 6 pour 100, pour qu'il n'y ait pas de dégagement appréciable de gaz ou de vapeurs phosphorées ou sulfureuses.

Telles sont les conditions avantageuses constatées par l'utilisation en grand de ces allumettes.

En ce qui concerne la fabrication, le sesquisulfure de phosphore a l'avantage considérable de n'émettre de vapeurs qu'à une température très élevée, supérieure à celle où il doit être chauffé pour être aggloméré à la pâte; contrairement au phosphore blanc, il ne s'oxyde pas à l'air et ne présente pas de phosphorescence. De là résulte le peu de dangers qu'il présente pour les ouvriers appelé à le manier.

Des expériences tendant à montrer l'innocuité relative de ce corps, même pris par la voie gastrique, ont été faites. Des cobayes auraient résisté à l'ingestion journalière de 3 centigrammes. Le rédacteur du bulletin de la *Revue d'hygiène* disait à ce propos : « Il y a lieu de remarquer que la dose de 3 centigrammes pour un cobaye correspond à celle de 3 gr. 5 pour un adulte, c'est-à-dire au poids du sesquisulfure contenu dans 6.000 allumettes. » Même calcul est reproduit par M. Courtois-Suffit.

Sur ce point nous faisons force réserves, car les questions de toxicité ne se résolvent pas à l'aide d'une règle de trois.

Quoi qu'il en soit, nous sommes heureux de constater le succès des allumettes S. C., que nous devons à deux ingénieurs des manufactures de l'État : MM. Seven et Cahen, d'où leur marque S. C.

Nous nous sommes montrés assez souvent critiques sévères et indépendants vis-à-vis des fonctionnaires de tout ordre, pour que nous ne soyons pas heureux de les féliciter quand ils font une découverte utile, dont l'application rend les plus grands services au public, aux ouvriers, et à l'Administration dont ils font partie.

P. LANGLOIS,
Agrégé à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1^{er} Mars 1899.

Traitement de l'appendicite. — M. Chaput. Dans la dernière séance M. Hartmann réunissant les statistiques de ses collègues trouve 66 morts, soit 18 pour 100 de mortalité sur 360 cas d'appendicite opérés; il en conclut que l'opération a donné des résultats « détestable » pour me servir de son expression.

M. Hartmann ayant insisté sur ma mortalité, qui s'élèverait à 17 morts sur 48 cas, je tiens à protester et à dire que, loin d'être considérable, ma mortalité réelle a été absolument nulle, car j'entends n'être pas responsable des malades opérés en pleine péritonite généralisée, et précisément, j'insiste sur ce point : je n'ai perdu que ces cas spéciaux et j'ai guéri tous les autres cas sans exception soit 31 sur 31 cas.

Je tiens à dire que, si je parais avoir opéré plus de péritonites généralisées que mes collègues, c'est parce que ma statistique comprend tous les cas que j'ai observés depuis 1888.

La manière dont M. Hartmann apprécie les statistiques de ses collègues est très critiquable, et j'estime que, s'autorisant de ces chiffres pour dire que l'opération donne des résultats déplorables, c'est commettre une erreur grossière et une véritable injustice.

Si M. Hartmann avait réuni les statistiques des chirurgiens du Bureau Central, qui, dans le service des gardes, n'opèrent guère que des cas d'appendicite désespérés, il aurait trouvé facilement une mortalité de 60 à 90 pour 100. Serait-ce la mortalité réelle de l'intervention chirurgicale pour appendicite et pourrait-on en tirer des conclusions sérieuses sur la valeur de l'opération?

Il est facile de comprendre à quel point les raisonnements de M. Hartmann sont troublants pour les praticiens qui attendent de nous une règle de conduite. Quelle autorité aurons-nous pour les pousser à l'opération si nous acceptons les mortalités énormes que M. Hartmann voudrait nous faire endosser?

Il est indispensable de relaire le travail de M. Hartmann, en distinguant les cas en catégories bien tranchées.

Réunissant ainsi les chiffres communiqués par MM. Walther, Routier, Nimier, Bron, Marchand, Kirmisson, Broca, Dieulafoy, Chaput, nous trouvons 131 cas opérés à froid avec 0 mort, 156 cas opérés à chaud avec 6 morts, soit 4 pour 100 de mortalité.

D'autre part, 102 péritonites purulentes généralisées ont fourni 80 morts, soit 80 pour 100 de mortalité. Bien loin de trouver ces résultats détestables, je les trouve merveilleux et bien consolants. La gravité des péritonites généralisées est un argument de plus en faveur des interventions précoces.

A mon grand regret, je n'ai pu utiliser la statistique trop peu explicite de M. Hartmann.

Bien loin de croire que M. Hartmann ait obéi au désir d'améliorer sa statistique ou de déprécier celle des autres, je crois, au contraire, qu'il n'a péché que par excès de sincérité.

M. Quénu. Je crois devoir répondre à un reproche collectif qui a été fait par M. Hartmann à nous tous qui avons pris la parole sur les indications opératoires dans l'appendicite. M. Hartmann nous accuse d'un manque de netteté; je pourrais lui retourner le reproche et lui dire que c'est lui qui a omis de nous dire si les appendicites qu'il veut toutes opérer sont indifféremment des formes aiguës et des formes subaiguës. Dans son récen-

sement des chirurgiens, il range, à côté l'un de l'autre, parmi les interventionnistes ceux qui opèrent dans tous les cas, même dans les formes bénignes de la colique appendiculaire, et les sélectionnistes qui s'abstiennent dans les cas légers.

Je suis pour ma part très interventionniste pour tous les cas aigus, d'autant plus que je suis appelé plus près du début, lorsque l'attaque est nette et qu'il s'agit sans aucun doute possible d'une appendicite. Mais c'est là précisément pour toute une catégorie de cas une grosse difficulté. Intervenir en se basant uniquement sur l'existence d'un point douloureux me paraît excessif; il est bien sûr qu'on enlèvera de cette façon toute une série d'appendices sans lésions. J'ai été appelé auprès de malades qui avaient un point de côté abdominal, symptomatique d'une pleurésie ou d'une pneumonie au début, accompagnées de troubles digestifs. Je me suis abstenu bien entendu, mais je sais que des chirurgiens s'y sont laissés prendre et ont ouvert le ventre. Le diagnostic différentiel avec une éruption aiguë de tubercules péritonéaux, avec des phénomènes hystériques abdominaux, une poussée de salpingite, n'est pas toujours aisé à établir.

Je conclus en disant que le diagnostic ferme d'une forme légère d'appendicite n'est pas toujours facile, et qu'on ne peut ouvrir le ventre sans un diagnostic ferme, lorsqu'aucun danger immédiat ne menace; c'est la principale raison pour laquelle je réserve mon intervention immédiate aux cas bien nets d'appendicite aiguë, et que je temporise pour les cas très légers.

A propos de l'appendicite. — M. Tuffier. J'ai défendu nettement devant vous l'opération immédiate dès l'éclatement de l'appendicite, et nombre de nos collègues se rangent à cette conduite; les faits d'intervention dans les premières heures de la maladie sont encore peu nombreux, et comme seuls ils peuvent entraîner la conviction, je me permets de vous rapporter le cas suivant.

J'ai été appelé, il y a neuf jours, auprès d'une jeune fille de quatorze ans dont voici l'histoire. Depuis le mois de Novembre 1898, cette enfant avait eu quatre fois des douleurs abdominales principalement localisées à droite, mais dont la durée ne dépassait pas quelques heures et ne nécessitait aucun traitement. Le dimanche 20 Février, elle fut prise des mêmes accidents vagues siégeant dans tout l'abdomen; comme elle était à l'approche de ses règles, généralement douloureuses, on se contenta de prendre sa température, qui était normale; les fonctions intestinales n'étaient en rien modifiées. Le lundi matin à 8 h. 1/2, mêmes douleurs plus localisées à droite, température 37°. A 11 heures du matin la température s'élève à 38°4. M. Pellereau est appelé. La douleur était très peu marquée, le pouls à 110; il appelle en consultation M. Jules Simon, et nous nous trouvons à 5 h. 1/2 auprès de la petite malade. Sa température est retombée à 37°, le pouls est à 120, le ventre absolument normal; la douleur provoquée au point de Mac Burney est le seul et unique symptôme.

Avant même que je n'aie pris la parole, mes collègues proposent l'intervention. J'opère à 8 h. 1/2, c'est-à-dire neuf heures après le début des accidents rendant possible le diagnostic. Je trouve la base de l'appendicite couverte de fausses membranes, son extrémité baigne dans un liquide louche, sans adhérences, elle est sphacelée et un abcès, du volume d'un petit pois, existe au milieu de cette extrémité gangrénée. Résection de l'appendicite, application d'une mèche pendant vingt-quatre heures. Suites opératoires nulles. La malade est actuellement au neuvième jour et en parfait état.

L'examen de la pièce montre, en dehors de la gangrène de son extrémité, une dilatation de l'appendice avec ecchymoses de la muqueuse, et un rétrécissement fibreux au niveau de son insertion sur le caecum. Je ne vois pas bien ce que ma malade aurait gagné à ma temporisation.

Je crois qu'il sera nécessaire de noter maintenant d'une façon bien précise, comme nous le faisons pour les plaies ou les ruptures de l'intestin, non pas le nombre de jours, mais le nombre d'heures qui séparent le début des accidents, du moment de notre intervention. Cette notion est indispensable à l'établissement de la statistique qui entraîne certainement, à mon avis, la conviction.

M. Brun. Je ne veux faire qu'une simple remarque : c'est que, toutes les fois qu'au cours de cette discussion un soi-disant radical vient nous relater un fait à l'appui de l'urgence de l'intervention immédiate, il se trouve que ce fait est un cas d'appendicite septique pour lequel nous, temporisateurs, nous considérons l'opération comme devant être immédiatement pratiquée. L'observation de M. Tuffier et celle, donnée à l'une des précédentes séances, de M. Segond, sont deux observations très nettes de péritonite septique. Il n'y a donc d'autre désaccord, à propos de ces faits, que celui qu'on veut faire naître. Mais, encore une fois, ce n'est pas pour des cas de ce genre que nous attendons.

M. Picqué. A mon tour, je viens vous apporter le résultat de mon expérience sur l'appendicite. A mon arrivée à l'hôpital Dubois, je n'avais qu'une expérience fort limitée et une pratique très incertaine. Le séjour que j'y ai fait pendant trois ans m'a rendu résolulement interventionniste, et en voici les raisons.

La clientèle demi-aisée qui fréquente cet hôpital n'y

vient généralement que pour y subir des opérations, et ne s'y décide que dans les cas graves.

Aussi les malades qui arrivaient dans mon service avaient déjà subi plusieurs atteintes d'appendicite, pour lesquelles ils avaient suivi le traitement médical sous toutes ses formes, et j'en ai vu un certain nombre, pris d'accidents à marche foudroyante, arriver à l'hôpital que pour y mourir quelques heures après, sans qu'il ait été possible de songer à la moindre intervention. Le plus souvent, d'ailleurs, on ne pouvait incriminer le médecin, tant la crise avait été rapide.

Ces jours-ci, encore, j'ai été appelé au milieu de la nuit par un médecin très distingué de la ville, près d'une jeune femme de vingt-six ans, atteinte d'appendicite recluse, à l'occasion d'une crise foudroyante, qui datait à peine de vingt heures. Cette malheureuse était dans le coma et présentait les extrémités refroidies. Elle mourut quelques heures après, c'est-à-dire trente heures après le début.

D'autre part, j'ai pu observer un certain nombre de malades dès le début des accidents, et les résultats heureux que j'ai pu obtenir, en opérant de suite, n'ont fait que fortifier mes convictions au sujet de l'utilité de l'intervention hâtive.

Là encore, à Dubois, plus peut-être qu'ailleurs, j'ai eu occasion de voir une série de malades qui m'étaient adressés par des médecins instruits, tout à fait au début des accidents, et chez lesquels une intervention hâtive m'a montré, par l'examen des lésions anatomiques, combien pouvait être dangereuse la doctrine de l'expectation et combien était judicieuse l'opinion de notre collègue Lejars sur les inconvénients qu'il peut y avoir à laisser « refroidir les appendices ».

Enfin, les résultats que j'ai obtenus, en opérant de la sorte, m'ont également démontré, comme vous l'a dit M. Tuffier, que le danger de l'opération, dans ces conditions, n'est pas plus grand que lorsqu'on intervient à froid.

Je ne viens certainement pas préconiser devant vous l'intervention dans tous les cas : il est, certes, des circonstances où, comme tous mes collègues, je donne la préférence au traitement médical.

Le point délicat est de savoir dans quels cas il convient d'intervenir.

Plusieurs de nos collègues ont proposé une classification anatomo-pathologique et ont insisté sur la possibilité de distinguer, au lit du malade, les variétés qu'ils ont indiquées.

Je reconnais avec eux qu'il est des cas où cette distinction est possible ; mais elle est souvent impossible, même pour l'abcès, qui semble la variété la plus facile à reconnaître. Il est des cas, où le diagnostic ne peut se faire que le bistouri à la main.

Dès lors, ainsi que M. Hartmann vous l'a dit mercredi dernier, quand je vois les accidents généraux et fonctionnels persister plus de vingt-quatre heures, même à défaut d'accidents locaux nettement déterminés (exception faite des cas de péritonite généralisée où l'intervention n'est pas contestable), ou quand je constate que, malgré la déférescence et la disparition complète des accidents de péritonisme, il persiste un point douloureux dans la fosse iliaque, je n'hésite pas à intervenir et je déclare que je n'ai jamais eu à regretter mon intervention dans ces conditions spéciales.

J'ai constamment trouvé, dans ces cas, des collections purulentes plus ou moins éloignées de la paroi et je ne sais pas ce que le malade aurait pu gagner à l'abstention et au traitement médical.

Convient-il de rechercher l'appendice dans les foyers de suppuration ?

S'il existe une collection ayant envahi les plans profonds de la peau, il n'est guère possible de songer à cette recherche. L'intervention doit se borner à une incision d'abcès.

À propos de l'opération à froid, la plupart de nos collègues l'ont représentée comme toujours bénigne ; cette opinion est bien, en effet, l'expression de la vérité quand il ne s'agit que de pratiquer l'ablation d'appendices libres d'adhérences et n'offrant que des lésions de début.

Mais il n'en est pas toujours de même, et ceux de nos collègues qui en proclament la benignité devraient nous préciser l'étendue et la nature des lésions péri-appendiculaires dans les cas qu'ils ont observés.

J'insiste avec M. Berger sur l'impossibilité d'affirmer *a priori* la benignité d'une opération faite dans des conditions qu'il est impossible, le plus ordinairement, de fixer, à l'avance.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer un cas, en apparence bénin, dans lequel j'ai constaté l'existence d'une collection purulente intra-appendiculaire et qui s'est terminée par la mort au huitième jour à la suite d'accidents très insidieux.

À la vérité, ce cas pouvait, avant l'intervention, être considéré comme rentrant dans le cadre des appendicites à froid, et cependant les constatations faites au cours de l'opération ont montré combien il en différait. Cette observation montre, encore une fois, combien il est illusoire d'attendre que les appendicites se soient refroidies et elle vient encore à l'appui de l'intervention hâtive dès le début de la crise.

M. Potherat relate 5 cas d'appendicite opérée par M. Mordret (du Mans), qui conclut à l'utilité de l'intervention précoce dans tous les cas.

M. Barette (de Casn) rapporte 29 observations d'appen-

dicite qui l'amènent à conclure qu'il faut intervenir sans retard, et que plus l'intervention sera précoce plus elle aura de chances de guérir le malade.

Réduction d'une luxation congénitale de la hanche par le procédé de Lorenz. — M. Kirmisson. La malade que nous a présentée M. Monod, à la dernière séance, n'avait pas sa luxation réduite, comme j'ai pu m'en assurer. Le résultat était certainement très beau, mais la tête n'avait pas récupéré la cavité cotyloïde. Je tiens à faire remarquer ce fait, parce qu'il vient à l'appui des idées que je n'ai cessé de défendre, que, dans la luxation congénitale, la réduction me paraissait très difficile à obtenir par le procédé de Lorenz. D'ailleurs Lorenz lui-même, après avoir radiographié ses malades, a reconnu récemment que la réduction de la luxation n'avait pas lieu. Kölliker (de Leipzig) vient à son tour de publier les résultats de 64 cas de luxation congénitale de la hanche traitée par le procédé de Lorenz. Or, 2 fois seulement la réduction s'est faite, 11 fois il y a eu un succès complet, et, dans un autre cas, il y a eu transposition de la tête. Ce terme de transposition me paraît très heureusement choisi et je crois, en effet, qu'il y a ordinairement un simple déplacement de la tête, déplacement avantageux, du reste, comme nous le montre le cas de M. Monod.

Trépanation pour épilepsie jacksonienne. — M. Reynier présente un jeune garçon qui, à la suite d'un coup sur la tête reçu à l'âge de six ans, avait été atteint de crises épileptiques. La trépanation, faite il y a deux ans, bien que n'ayant pas fait découvrir de grosses lésions profondes, a fait disparaître les crises.

Plaie de l'abdomen avec issue de l'intestin. — MM. Reynier et Thiéry présentent un malade qui, ayant reçu un coup de couteau dans la région lombaire, eut une hernie de un mètre d'intestin grêle qui était perforé en 3 points. L'opération, faite au bout de trois heures, permit de suturer les plaies et de refermer le ventre.

MM. Bazy et Tuffier relatent chacun un cas analogue.

M. Pozzi rappelle que Spencer Wells avait remarqué, lors de la guerre de Crimée, la grande tolérance du péritoine. Il avait vu que les parois abdominales pouvaient être déchirées par des projectiles, que l'intestin pouvait faire hernie au dehors pendant des heures, être souillé par la poussière ou autres impuretés et que cependant, si on avait bien nettoyé la suture, et si on avait fait une réunion exacte, il n'était pas rare de voir ces blessures graves guérir parfaitement. Spencer Wells se plaisait à rappeler que c'était cette observation faite pendant la guerre de Crimée qui le fit, en grande partie, persévérer dans ses tentatives d'ovariotomie.

Lipôme aigu de la cuisse. — M. Jalaguier présente un lipôme profond de la cuisse dont le développement extrêmement rapide avait pu faire songer à un sarcome. La radiographie avait montré, d'autres fois, que la tumeur, qui siégeait dans les masses musculaires externes de la cuisse, n'adhérait pas à l'os.

Sérum antitétanique. — M. Nimier présente le cerveau d'un homme atteint de tétanos, traité par des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique, et mort de septiciémie.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 Mars 1899.

Spondylose rhizomélisque. — M. G. Gasne. Il s'agit d'une femme, et jusqu'ici toutes les observations de ce genre se rapportent à des hommes.

Le début a été particulièrement insidieux, sans douleur d'aucune sorte. L'ankylose des hanches s'est faite non seulement en flexion, mais encore en abduction et rotation externe ; l'ankylose de la colonne vertébrale a respecté la région cervicale et les articulations des côtes. On ne constate aucun craquement, aucune exostose, aucun empâtement.

L'évolution surtout est remarquable : l'affection s'est montrée une première fois et a disparu complètement sans laisser aucune trace ; c'est la seconde atteinte, c'est une récidive qui est actuellement observée, et l'évolution se dessine nettement vers l'amélioration. Dans les observations citées par M. Marie, l'amendement des phénomènes est noté à plusieurs reprises, mais jamais il n'est question de la disparition complète des symptômes, et l'impression qui persiste à la suite de l'étude de la spondylose rhizomélisque est celle d'une affection incurable, inexorablement progressive, si grave qu'on a pu lui opposer la résection des deux hanches. M. Raymond a cité un cas de sa clientèle où l'amélioration a été très franche ; l'observation rapportée ici est frappante à cet égard.

Pour le reste, on trouve l'âge ordinaire de début, l'intégrité relative des épaules, l'absence des troubles des réactions électriques, troubles qui sont signalés cependant dans une des observations citées par M. Marie.

Il y a malheureusement peu de renseignements à tirer de ce fait au point de vue étiologique ; on trouve seulement des infections dans le jeune âge et un terrain peu résistant ; seule survivante de quatre enfants, rachitique dans ses premières années, taille petite, menstruation tardive, émotivité extrême.

Tremblement essentiel chez un hystérique. — M. Antony présente un jeune soldat atteint, depuis l'âge de sept ans, d'un tremblement dans le membre supérieur droit ; quelques stigmates hystériques existent chez ce malade, mais ce n'est pas une raison suffisante pour faire de ce tremblement une manifestation hystérique pure. Ce soldat est un dégénéré, fils d'alcoolique, et son tremblement rappelle surtout le tremblement essentiel des dégénérés.

M. Raymond partage l'opinion de M. Antony. Il est probable que, sur ce soldat, les stigmates hystériques se sont surajoutés. Son tremblement est essentiel, analogue au tremblement héréditaire. Ce tremblement héréditaire peut survenir à tout âge, à six mois, dans un cas observé par M. Raymond ; il peut survenir chez des descendants d'alcooliques ; il est persistant, alors que le tremblement hystérique naît et meurt brusquement suivant les circonstances ; enfin, il est susceptible de s'améliorer par un effort de volonté, lorsque le malade s'applique à exécuter les actes qu'il veut faire. Ces différents caractères se retrouvent dans le tremblement du jeune soldat présenté par M. Antony.

Un cas de surdi-mutité. — M. Antony montre à la Société un jeune soldat très intelligent, qui, après une morsure par un chien supposé enragé, fut atteint brusquement de surdi-mutité. Aucun stigmate hystérique n'accompagne ce syndrome, de sorte qu'il est difficile d'en préciser la nature.

Gangrène pulmonaire traitée par la pleurotomie ;

mort par tuberculose aiguë six semaines après

l'opération. — MM. Fernet et Lejars. Un homme vi-

goureux fut atteint, sans cause connue, de gangrène limitée au lobe supérieur du côté droit. Les accidents traités en longueur, une intervention chirurgicale fut décidée. L'opération fut faite un mois après le début de la maladie : résection des 3^e et 4^e côtes ; les deux feuillets et la plèvre étant adhérents, incision du poumon ; une grande cavité fut ouverte ; du liquide sanieux, un gros bourbillon furent évacués. On pratiqua des injections d'eau stérilisée, puis on fit un drainage. La fiévre de l'haleine et de la toux disparut le jour même. On fit ensuite de nouveaux lavages et de nouveaux pansements. Pendant quinze jours le malade s'améliora. Puis la fièvre reparut, l'amaigrissement se prononça, et le malade mourut. À l'autopsie, on trouva une cavité en voie de guérison, mais, en outre, existait une infiltration tuberculeuse disséminée dans les deux poumons.

Il y eut donc deux maladies successives : une gangrène pulmonaire, une tuberculose miliariée surajoutée. Quoi qu'il en soit, un point est à retenir : l'opportunité grande du traitement chirurgical dans les gangrènes pulmonaires.

M. Rendu. Faire des lavages intra-pulmonaires paraît une pratique qui ne doit pas être sans danger, les bronches communiquant largement avec le foyer injecté, on risque d'inonder l'arbre bronchique en entier et d'étouffer le malade.

Quant aux relations qui existent entre la gangrène et la tuberculose qui enlève le malade, elles sont difficiles à préciser. Certes, il peut s'agir d'une infection secondaire par le bacille ; mais pourquoi ne pas penser à une ancienne caverne, latente, dont les parois se sphacélerent ; cette explication rendrait compte de la longue durée de la gangrène observée ; ce serait une gangrène spéciale, frappant les parois d'une caverne tuberculeuse et ayant peut-être favorisé la dissémination des bacilles.

M. Fernet. Cette explication ne saurait être admise, car, pendant l'opération, on retira une masse bourbillonneuse énorme, et non des débris sphacéliques.

M. Bédère. Pourquoi ne s'agirait-il pas d'une pleurésie putride interlobaire, évacuée secondairement par les bronches ? Ce fait est plus fréquent qu'on ne le croit ; de plus, cette pleurésie putride peut se reconnaître en clinique et se distinguer de la gangrène pulmonaire : dans la gangrène, l'haleine est continuellement fétide ; dans la pleurésie putride ouverte dans les bronches, l'haleine n'est fétide que par moments, après des quintes de toux, par exemple.

M. Fernet. La masse gangreneuse retirée pendant l'opération siégeait dans l'épaisseur même du parenchyme pulmonaire.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Février 1899.

Escarres gastriques dans un cas d'intoxication suraiguë par le sublimé. — M. Bacalogli présente les organes d'une femme qui a succombé seize heures après l'ingestion de 1 gr. 50 de sublimé, et qui était restée neuf heures sans aucun soin médical.

L'estomac est parsemé, dans sa région pylorique, d'escarres noires très confluentes, dont quelques-unes sont déjà tombées et laissent à nu la muqueuse ulcérée. La région du cardia est boursoufflée, comme œdémateuse, comme atteinte de putréfaction précoce.

Le même aspect souflé se voit sur une certaine longueur de l'intestin grêle. Le gros intestin n'offre aucune escarre ; l'œsophage est desquamé, cautérisé.

Cancer primitif de la vésicule biliaire, envahissant le foie par contiguïté. — M. Bacalogli montre un cas de cancer du fond de la vésicule biliaire, végét-

tant légèrement dans la cavité, adhérant fortement au foie et l'envahissant par propagation sous la forme d'une masse blanchâtre cunéiforme. Quelques petites nodosités cancéreuses secondaires sont disséminées à la surface péritonéale des anses intestinales.

Sur les rapports de la rate. — M. Picou décrit la technique qui lui a permis d'étudier les variations de rapports de la rate sous l'influence des injections poussées dans l'artère splénique. Il emploie la méthode par transfixion avec des crins de Florence dont la couleur est différente avant et après l'injection.

Gangrène pleuro-pulmonaire. — M. Minet apporte un poumon dont le lobe inférieur est creusé d'une excavation gangreneuse, communiquant par deux trajets fistuleux avec un foyer pleural voisin. Il insiste sur le peu de signes locaux fournis par les foyers de cette nature et sur la difficulté d'une localisation précise, difficulté qui était telle, ici, que le chirurgien n'a pas voulu tenter l'opération.

Cancer colloïde de l'estomac. — M. Henry Bernard présente un estomac atteint de cancer colloïde. Une moitié de l'organe, la moitié droite, constitue une tumeur d'un blanc nacré, d'aspect lardacé. Au centre de cette tumeur, la cavité gastrique est représentée par un canal cylindrique, absolument rigide, qui aboutit au pylore.

La dégénérescence colloïde s'est étendue à la vésicule biliaire, au colon transverse et à tous les feuillets péritonéaux voisins de l'estomac, y compris le grand épiploon. Pas de dégénérescence ganglionnaire.

L'examen histologique montre la structure typique du carcinome colloïde; on peut observer toutes les phases de transition, de la cellule épithéliale au coagulum colloïde, sans trace de différenciation cellulaire.

Fibro-myome utérin calcifié; pierre utérine. — M. Henry Bernard montre une pierre utérine du volume d'un œuf de poule, trouvée à l'autopsie d'une vieille femme; l'utérus est volumineux, farci de fibro-myomes de diverses tailles; celui dont il s'agit est complètement calcifié et d'une grande dureté; il était interstitiel et situé dans la paroi de l'utérus au niveau du fond de l'organe.

Cancer du segment supérieur des voies biliaires extra-hépatiques, avec généralisation au péritoine et aux deux ovaires. — MM. Griffon et Leven présentent les organes d'une femme de cinquante-neuf ans, observée dans le service de M. Chauffard et opérée par M. Schwartz pour des accidents de rétention biliaire chronique. L'histoire de cette malade était celle d'une lithiasique: depuis un an, survenaient des crises douloureuses passagères, suivies de subictère; lors de l'entrée à l'hôpital, on notait les signes de l'ictère par rétention et on sentait dans le flanc droit une tumeur qui paraissait être la languette antérieure d'un foie lithiasique déformé.

Or, l'opération montra qu'il s'agissait d'une masse de néoformation et d'adhérences, d'un cancer probable de la vésicule, laquelle ne pouvait être retrouvée dans la région sous-hépatique.

À l'autopsie, on se trouve en présence d'une véritable granulie péritonéale de nature cancéreuse, avec ascite refoulant en arrière les anses intestinales parsemées de nodules cancéreux. Sous le foie, les organes sont soudés en une masse difficile à disséquer; l'angle droit du colon adhère, mais n'est pas comprimé; le duodénum, au niveau de la première portion, est très rétréci, et l'estomac, en amont, est considérablement ectasié.

Le canal hépatique, le tiers supérieur du cholédoque, le cystique et la vésicule biliaire sont le siège d'une infiltration cancéreuse ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi et végétant dans la cavité des canaux; les voies biliaires intra-hépatiques sont extrêmement dilatées par une bile sous pression.

Comme dans tous les cancers des conduits biliaires, il n'y a pas de noyaux secondaires dans les organes, mais pourtant, par l'intermédiaire du péritoine, les deux ovaires ont été envahis dans le cas actuel.

Microscopiquement, il s'agit d'un carcinome à cellules atypiques, très nettement colloïdes.

3 Mars 1899.

Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne chronique. — MM. Marion et Schwartz présentent le cervelet d'un malade qui, depuis dix ans, était atteint d'otorrhée et qui subit la trépanation de l'apophyse mastoïde pour des accidents aigus récents. L'opération n'apporta qu'une détente relative et on allait intervenir à nouveau, quand le malade mourut dans la nuit.

On a trouvé, à l'autopsie, un abcès creusé dans le cervelet, tout près de la face supérieure, sans lien apparent reliant ce foyer cérébelleux avec la région mastoïdienne.

Atrophie et dégénérescence scléreuse du placenta dans un cas de fausse couche chez une malade atteinte de sclérodémie. — M. Durante montre, au nom de M. Lenoble (de Brest), des préparations d'atrophie et de dégénérescence scléreuse du placenta, avec mort du fœtus et lésions dégénératives de ses organes, dans un cas de fausse couche survenue chez une femme de trente-neuf ans, qui présentait des lésions de sclérodémie; teinte bronzée généralisée de la face avec macules blanchâtres, atrophie des membres supérieurs.

Note complémentaire sur un cas de spondylose rhizomélique. — M. Milian revient sur les lésions trouvées à l'autopsie du malade atteint de spondylose qu'il avait présenté à la Société médicale des hôpitaux. Elles sont analogues à celles que M. Marie vient de décrire dans une autopsie de spondylose rhizomélique. C'est donc également de cette affection que relève le cas de M. Milian.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

9 Février 1899.

Séjour de trente-deux ans d'un pessaire dans un vagin. — M. Blondel rapporte l'observation d'une vieille femme de soixante-huit ans, habitant la campagne, qui vint le consulter pour des pertes vaginales abondantes, irritantes, fétides et teintées de sang.

Le diagnostic de cancer du col utérin vint immédiatement à l'esprit de M. Blondel; aussi, quel ne fut pas son étonnement de sentir dans le vagin un corps dur, arrondi, enchâssé, dont il ne put préciser la nature par le toucher.

L'interrogatoire lui apprit que cette malade avait été soignée autrefois à l'Hôtel-Dieu. Elle se rappela alors qu'on lui avait « placé un instrument par là », trente-deux ans auparavant. C'était un pessaire qui avait fini par se creuser une loge dans la paroi du cul-de-sac postérieur, dans laquelle il était presque inclus.

L'extraction en fut très laborieuse. La pince avec laquelle M. Blondel essaya de le mobiliser se rompit; un davier ne réussit qu'à faire une brèche sur son bord antérieur. M. Blondel put enfin passer en ce point un solide fil de soie, à l'aide d'une aiguille de Deschamps, et accrocher le pessaire entre les deux chefs de ce fil, sur lesquels il pratiqua des tractions énergiques, tandis qu'avec l'index de l'autre main, il décollait doucement les tissus qui adhéraient à la surface de l'instrument.

Ce pessaire était en caoutchouc durci, et en forme de cuvette. Son diamètre mesurait 7 centim. 1/2.

Après son extraction, M. Blondel constata la présence dans le vagin d'un sillon annulaire, large de 3 centimètres environ, surtout en arrière.

Le toucher rectal montra que la cloison n'était pas perforée, mais que la muqueuse rectale semblait la constituer seule au niveau de la brèche.

Cet arrachement déterminait une petite hémorragie qui fut arrêtée par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

16 Février 1899.

Expulsion d'un fœtus vivant de sept mois ayant vécu cent dix jours en dehors de l'œuf. — M. Dubrisay. Il s'agit d'une femme chez laquelle on ne trouvait aucune tare pathologique personnelle ou héréditaire et dont le mari était également bien portant.

En approchant du quatrième mois de sa grossesse, elle eut tous les symptômes d'un avortement imminent: écoulement de liquide amniotique et de sang, contractions utérines.

Mais, sous l'influence du traitement, la grossesse continua avec une perte quotidienne de liquide évaluée en moyenne à 80 grammes par jour (une fois ce fut 235 grammes).

Par le palper, il était facile de sentir que l'utérus était accolé aux parties fœtales.

Au septième mois de la grossesse, un enfant vivant de 1.645 grammes fut expulsé sans difficulté.

Le placenta pesait 285 grammes. Sa masse débordait de 3 à 4 centimètres l'insertion des membranes, dont la cavité était formée par une simple cupule.

La quantité de liquide écoulé pendant ces cent-dix jours peut être évalué à 9 litres.

Ce fait semble calqué sur ceux de M. Tarnier (Congrès de Bordeaux 1895), de M. Bar et de M. Maygrier; mais le fœtus de M. Dubrisay détiend jusqu'à présent le record de la longévité en dehors de l'œuf.

MM. Maygrier et Bar font observer que le placenta marginé semble dû à ce que le placenta continue à vivre et à se développer plus rapidement que les membranes.

Dans les faits de fœtus extra-membranaires qui ont été rapportés, on constate, en effet, que le placenta est d'autant plus bordé qu'il est plus âgé.

Récidive d'éclampsie au cours de la grossesse. — M. Maygrier rapporte deux observations tendant à prouver que l'éclampsie peut récidiver malgré le régime lacté absolu.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme très albuminurique, qui eut seize attaques d'éclampsie pendant vingt-quatre heures, puis guérit complètement par le lait et le chloral.

Mais, onze jours après, il y eut récidive surtout sous forme d'attaque larvée qui entraîna néanmoins la mort de l'enfant, lequel ne fut expulsé qu'un mois plus tard.

Dans la deuxième observation, la malade eut deux attaques d'éclampsie à la fin du septième mois, puis quatre attaques récidivantes au moment du travail, qui aboutit à l'expulsion d'un enfant mort.

Il survint encore deux attaques après l'accouchement. M. Boissard croit qu'il a dû y avoir des écarts de régime chez ces deux malades, la surveillance étant encore plus difficile à l'hôpital qu'en ville.

gime chez ces deux malades, la surveillance étant encore plus difficile à l'hôpital qu'en ville.

Présentation d'un enfant ayant eu un kyste congénital sacro-coccygien opéré avec succès; présentation de photographies, de radiographies et de préparations histologiques. — MM. de Rothschild et Schwab. La tumeur sacro-coccygienne de cet enfant, qui ne présentait d'autre particularité que d'être né par le siège, fut extirpée au bout de quatre jours à cause de sa couleur, de plus en plus violacée, et de sa tension qui firent craindre, un moment, une rupture.

Le contenu de cette poche était un liquide séreux jaunâtre.

Dans la profondeur, on trouva des brides fibreuses, mais pas de communication apparente avec le canal rachidien.

La tumeur ne fut, d'ailleurs, pas détruite entièrement; mais seulement réséquée partiellement; elle pesait 730 grammes.

On se contenta, comme pansement, de maintenir de la gaze stérilisée adhérente avec du stéréol.

La cicatrisation était complète au bout de quinze jours.

M. Brindeau a fait l'examen histologique de cette tumeur.

Il a trouvé de l'épithélium dans l'intérieur de la poche.

Il conclut à la présence de vestiges de moelle.

La tumeur ne se serait donc séparée que tardivement du canal rachidien.

Accidents maniaques chez une accouchée; guérison par les injections intra-veineuses d'eau salée. — M. Boullé. Il s'agit d'une malade qui avait fait des tentatives de suicide pendant sa grossesse. L'accouchement et la délivrance furent normaux, mais il survint ensuite des hallucinations, des cris, une teinte subictérique, enfin une température de 40° et un pouls à 143, qui firent songer un moment à de l'infection. Ce diagnostic ayant été écarté, on conclut à une manie aiguë, qui fut traitée par le régime lacté absolu et des injections intra-veineuses d'eau salée.

L'amélioration fut progressive, et bientôt de la polyurie succéda à l'oligurie des premiers jours.

Enfin la guérison fut complète seize jours après l'accouchement.

M. Brindeau ne trouve pas que ce mode de traitement est indiqué dans les cas d'oligurie avec albuminurie comme celui-ci, car il expose à des accidents graves par suite de la lésion rénale dont il est impossible d'apprécier le degré.

Étude des monstres par les rayons de Röntgen; présentation de pièces du musée de la clinique Tarnier, avec leurs photographies et leurs radiographies faites l'une et l'autre avec le tube de Crookes. — M. Bouchacourt. Dans l'appréciation des altérations du squelette chez les monstres, la radiographie équivalant à une véritable dissection, et, outre l'économie considérable de temps, elle a sur elle l'avantage de pouvoir, véritable biopsie, être appliquée à l'étude du monstre encore vivant et dont la dissection n'est pas autorisée.

En présence d'un fait de tératologie, on doit donc aujourd'hui le radiographier après l'avoir photographié.

Ces deux opérations peuvent être faites successivement avec des tubes de Crookes de pénétrabilité très différente.

En employant un tube de Crookes très peu pénétrant, on fait, en effet, une véritable photographie en vraie grandeur du monstre, qui est ainsi enveloppé par les rayons, mais non traversé par eux.

En prenant ainsi deux clichés stéréoscopiques de la configuration extérieure et de la configuration intérieure des monstres, on peut réunir facilement, en quelques instants, toutes les données qui permettront d'étudier ultérieurement la pièce sans la conserver.

M. Bouchacourt présente ensuite des radio-photographies de 2 acéphaliens, de 2 fœtus à rachitisme intra-utérin, et d'un monstre triple qui avait été catalogué, d'après sa configuration extérieure, dans la classe des xiphophages, dont il est très éloigné en réalité.

La radiographie a montré aussi que l'un des deux acéphaliens possédait un crâne rudimentaire.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

27 Février 1899.

Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches. — M. Dubrisay. Il s'agit de deux observations dans lesquelles des malades, en dehors de toute infection utérine, présentèrent des accidents fébriles dus exclusivement à l'accumulation de matières fécales dans l'intestin.

Le premier cas a trait à une secondipare chez laquelle on dut terminer l'accouchement par une application de forceps (enfant vivant de 4.500 grammes) et faire la délivrance artificielle. Suites de couches parfaites jusqu'au treizième jour après l'accouchement, où la malade fut prise un soir d'un grand frisson suivi d'une température de 39°, pouls à 120. Comme on ne trouvait rien du côté des organes génitaux ni du côté des seins, et que, d'autre part, la langue était saburrale, le ventre ballonné

et douloureux sur tout le trajet du côlon, on pensa à de la stercorémie, on administra un lavement purgatif et de l'huile de ricin. A la suite d'évacuations abondantes et horriblement fétides, tout rentra dans l'ordre dès le lendemain. Le dix-neuvième jour, mêmes accidents, même traitement. La malade guérit et put sortir au bout de vingt-huit jours en parfait état.

Dans la seconde observation, c'est le quatrième jour que les phénomènes de pseudo-infection intestinale se produisent, et avec une intensité telle qu'à un moment on put croire à des phénomènes de péritonite. Sous l'effet du traitement approprié, au bout de quarante-huit heures, tout était fini.

On voit donc que, dans certains cas, en dehors de toute infection puerpérale vraie, la constipation peut produire des phénomènes fébriles graves qui, parfois, pourraient donner le change.

On ne saurait donc jamais trop surveiller les fonctions digestives chez les nouvelles accouchées.

M. Berthod. Les faits rapportés par M. Dubrisay sont fort intéressants et ne sont pas rares. On a même dit qu'il se produisait souvent, après l'accouchement *fœtal*, un deuxième accouchement, *fœtal*. Dans certains cas, ces accidents peuvent simuler l'appendicite. Je me rappelle, notamment, le fait de la femme d'un confrère chez laquelle le diagnostic est resté pendant plusieurs jours incertain entre l'infection puerpérale, la typhilité et la constipation simple.

M. Cazaux. Même dans les cas ne relevant pas de l'obstétrique, il faut toujours penser à l'intestin, quand on ne trouve pas d'autre cause expliquant les phénomènes généraux observés. Un simple purgatif fait souvent tout rentrer dans l'ordre.

M. Dauchez. J'ai observé, chez une femme, à la suite d'un accouchement gémeaire laborieux, une constipation qui a abouti à une obstruction intestinale. Ce cas malheureux s'est terminé par la mort.

M. Verchère. L'intestin joue un grand rôle chez toutes les blessées abdominales, aussi bien celles qui viennent de subir un traumatisme chirurgical que les accouchées. Il forme une barrière contre les infections péritonéales. Lorsqu'après un accouchement ou une opération, il se produit de la rétention fécale, deux cas sont à considérer. Si l'intestin joue bien son rôle physiologique, l'intoxication est légère et quelques purgatifs en ont raison.

Mais si l'intestin a été plus ou moins intéressé par le traumatisme, surtout à la suite des opérations laborieuses où on a dû y toucher, il se trouve parasité par les manipulations et se laisse traverser par les toxines qui se déversent dans le péritoine. On a de la constipation dans le premier cas, de l'obstruction intestinale dans le second cas. Et on peut observer, suivant la localisation de la lésion, des symptômes d'appendicite, de hernie étranglée ou d'étranglement interne.

L'état du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. — M. Forestier a étudié l'état du réflexe du tendon d'Achille dans quarante cas de sciatique, observés à l'hôpital ou dans sa clientèle. L'abolition ou l'affaiblissement de ce réflexe, du côté atteint de sciatique, ont été signalés pour la première fois par M. Babinski, en 1896.

Chez ces quarante malades, M. Forestier a trouvé le réflexe du tendon d'Achille aboli 8 fois, affaibli 17 fois, non modifié 13 fois, exagéré 2 fois. Ainsi, le nouveau signe observé par M. Babinski existerait dans plus de la moitié des cas. Cette proportion élevée, et, qui plus est, l'objectivité du signe, lui donnent une valeur diagnostique considérable.

L'arthrite de la hanche est si souvent prise pour la sciatique qu'un nouveau signe n'est pas superflu pour les distinguer ; or, il n'existe pas, dans l'arthrite de la hanche, ce que M. Forestier a constaté dans de nombreux cas.

Quant à la valeur pronostique du nouveau signe, elle paraît moins établie. Le signe peut manquer ou exister dans les sciatiques névritiques. Cependant, la majorité des cas où le réflexe était diminué ou aboli étaient cliniquement des sciatiques graves. L'inconstance du signe s'explique en raison des variétés nombreuses du syndrome qu'on appelle sciatique.

DEPIERRES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

16 Février 1899.

Fracture du col anatomique de l'humérus; traitement par le massage; présentation de pièces.

— M. Reynier présente l'extrémité supérieure de l'humérus d'un vieillard de quatre-vingts ans, dont le col anatomique avait été fracturé il y a cinq mois, et qui était mort d'accidents urinaires indépendants de ce traumatisme. La consolidation est parfaite. Le massage avait été appliqué presque immédiatement, le bras simplement maintenu par une écharpe. Au bout d'un mois, le malade était guéri et faisait tous les mouvements.

M. Reynier cite aussi l'observation d'un malade de soixante-douze ans, qui, après une fracture intra-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, a été guéri par le massage et peut faire de l'écriture. Dans un cas de fracture de l'épitrôchlée, massage dès le deuxième jour et consolidation au bout de quatre-vingt-six jours

avec tous les mouvements conservés. Cela ne veut pas dire que le massage précoce et exclusif soit applicable à toutes les fractures; il convient aux fractures intra-articulaires parce qu'il faut surtout viser la conservation des mouvements, mais il n'est pas le traitement de choix dans les fractures juxta-articulaires, où il faut obtenir la rectitude et la bonne position comme par exemple, les fractures de Dupuytren.

M. Verchère partage la même opinion : quand la fracture menace principalement les fonctions de mobilité, de jonction, il faut masser le plus tôt possible; si en raison du siège de la fracture, la question de soutien et de bonne attitude est primordiale, préférer l'immobilisation d'abord.

A. DE CRÉSANTIGNES.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

8 Février 1899.

Tétanie et dilatation de l'estomac. — M. Albu a observé deux cas de tétanie chez des individus atteints de dilatation de l'estomac.

Le premier cas est celui d'un homme qui avait été pris dans un éboulement et qui avait avalé, pendant l'accident, de la terre et du sable dont une certaine quantité a été effectivement retirée de l'estomac au moyen d'un lavage de cet organe. Plus tard, cet homme a eu des vomissements incoercibles, et l'examen pratiqué à cette époque a montré l'existence d'une dilatation de l'estomac avec insuffisance motrice et hyperacidité du suc gastrique pouvant être attribuées à une ulcération de la région pylorique. En outre de ces symptômes, le malade présentait le phénomène de Trousseau, le phénomène de Chvostek, une exagération de l'excitabilité électrique, des fourmillements et des tiraillements dans les mains, c'est-à-dire les symptômes typiques de la tétanie latente.

Dans le second cas, les mêmes symptômes de tétanie furent constatés chez un homme atteint de dilatation de l'estomac consécutive à un cancer du pylore. La tétanie disparut après la pylorotomie.

M. Albu conclut de ces deux faits que la tétanie était, chez ces malades, le résultat d'une intoxication par les produits trouvés dans l'estomac dilaté.

22 Février 1899.

Propagation de la tuberculose. — M. Cornet, après avoir exposé les expériences de Flügge relatives à la dissémination des bacilles tuberculeux par les parcelles liquides lancées dans l'air par les tuberculeux au moment de l'expiration, et qui flottent pendant quelque temps dans l'air, critique les mesures prophylactiques proposées par M. Fraenkel, et consistant dans le port d'un masque par les malades. Le masque, d'après les recherches mêmes de Fraenkel, ne retient que 2.000 à 3.000 bacilles par jour. Or, par ses crachats desséchés, un tuberculeux lance des millions et des millions de bacilles. Pour cette raison, M. Cornet estime qu'il faut s'en tenir aux anciennes mesures prophylactiques, basées sur la dissémination des bacilles tuberculeux par les crachats desséchés.

M. Neisser fait remarquer que M. Flügge n'a pas voulu, par ses expériences, amoindrir les dangers de la dissémination des bacilles par les crachats desséchés; il a simplement attiré l'attention sur une nouvelle source d'infection.

Société de médecine interne de Berlin.

20 Février 1899.

Les pneumonies dans la fièvre typhoïde.

— M. A. Fraenkel établit tout d'abord une distinction entre les pneumonies accompagnées de symptômes typhiques et les pneumonies qui apparaissent au cours de la fièvre typhoïde.

Dans les premières, le diagnostic ne présente de difficultés que dans les cas où le foyer de la pneumonie occupe les parties centrales du poumon et ne devient appréciable à l'auscultation que tardivement. C'est ainsi que, dans un cas de ce genre, où il existait de la diarrhée et de la roséole, la pneumonie ne fut découverte qu'au bout de quelques jours; le malade ayant succombé au onzième jour, ce diagnostic fut confirmé à l'autopsie. Le séro-diagnostic avait donné un résultat négatif.

Parmi les pneumonies venant compliquer la fièvre typhoïde, il y a un groupe dans lequel se placent les pneumonies franches. Ces faits sont rares; ainsi, sur 500 cas de fièvre typhoïde, observés par M. Fraenkel dans l'espace de neuf ans, il n'a trouvé que 6 cas compliqués de pneumonie. Dans le second groupe viennent se ranger les pneumonies produites par la pénétration du bacille typhique dans les poumons. Dernièrement, M. Fraenkel a observé un cas de ce genre dans un cas où, au cours du cinquième septennaire de la maladie, se déclara une pleuro-pneumonie accompagnée de fièvre. L'exsudat sanguinolent retiré des deux plèvres renfer-

maît une culture pure de bacilles typhiques. Le malade ayant succombé au bout de quelque temps, on trouva, à l'autopsie, une pneumonie centrale.

AUTRICHE-HONGRIE

Collège des médecins de Vienne.

23 Février 1899.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'extrait anti-typhique. — M. Jez a traité 18 typhiques par un extrait organique anti-typhique préparé avec des organes de lapins immunisés au moyen d'injections intrapéritonéales de cultures virulentes des bacilles typhiques. Lorsque les animaux sont suffisamment immunisés, on les tue, et on prend le thymus, la rate, la moelle osseuse, le cerveau et la moelle épinière, qu'on coupe en petits morceaux et qu'on triture avec une solution de chlorure de sodium additionnée d'alcool, de glycérine, d'acide phénique et de pepsine. Au bout de vingt-quatre heures, on filtre, et le liquide filtré, qui constitue l'extrait anti-typhique, est administré aux malades par cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

Sous l'influence de ce traitement, la fièvre, à en juger par les courbes de température présentées par M. Jez, tombe au bout de quelques jours, les symptômes s'atténuent et la convalescence s'établit très rapidement. La durée de la fièvre typhoïde se trouve ainsi abrégée.

ILES BRITANNIQUES

Société médicale de Londres.

13 Février 1899.

Abcès du cervelet. — M. Maguire relate l'observation d'un homme de vingt-sept ans, opéré pour un abcès du cervelet. Il présentait, de temps en temps des écoulements de l'oreille droite lorsque, à la suite d'un refroidissement, l'otorrhée cessa et le malade se plaignit d'une vive douleur dans le côté droit de la tête, derrière l'oreille. Il tomba rapidement dans le coma après avoir présenté des convulsions légères du côté gauche. A son entrée à l'hôpital, il était dans le coma; le bras et la jambe gauche étaient flasques, la tête inclinée à droite, la commissure labiale droite déviée, la pupille droite était dilatée; on fit le diagnostic d'abcès du cervelet et on trépana en arrière de l'oreille. Les méninges parurent normales ainsi que la surface du cervelet; mais, en incisant ce dernier organe, on tomba, à 3 millimètres de la superficie, sur un abcès d'où s'écoula 60 grammes environ de pus. Le lendemain, le malade revenait à lui. La guérison se fit sans incident; il persista seulement une légère faiblesse du côté gauche.

Maladie de Basedow. — M. Mackenzie présente un homme de trente-deux ans, atteint d'un goitre exophthalmique typique. D'un tempérament nerveux, il avait remarqué, il y a six mois, que ses paupières étaient bouffies; puis il avait présenté de l'exophtalmie, et une tuméfaction s'était développée au niveau de la région sous-hyoidienne. Actuellement le goitre est assez considérable, symétrique, dépressible, donnant à l'auscultation un gros souffle systolique. Le malade se plaint de très vives démangeaisons.

La maladie de Basedow est une affection relativement rare chez l'homme, puisque, d'après les statistiques anglaises, 95 pour 100 des basedowiens sont des femmes.

Anévrisme de l'aorte. — M. Mackenzie présente un homme porteur d'un énorme anévrisme de l'aorte. Depuis deux ans il se plaint d'une douleur dans la poitrine, à gauche; à l'inspection, on note une tuméfaction s'étendant de la clavicle à la 5^e côte du côté gauche. Malgré ses dimensions, l'ectasie n'a donné lieu à aucun symptôme grave.

Association médicale de Birmingham.

12 Janvier 1899.

Utérus infantile. — M. Lawson Tait montre un utérus enlevé à une femme de trente-cinq ans; l'organe était resté à l'état infantile, causant de vives douleurs au moment des règles. Il y a dix-huit mois, on avait pratiqué l'hémisection du col, suivie de dilatation du corps de l'utérus, ce qui avait amené une amélioration notable; mais quatre ou cinq mois après, les douleurs étaient revenues plus violentes qu'au préalable, déterminant des vomissements et même du délire; dans l'intervalle des règles, l'abdomen restait très douloureux. Finalement, l'auteur pratiqua l'hystérectomie vaginale avec enlèvement des annexes.

Pyosalpinx double. — M. Lawson Tait relate l'observation d'une femme vierge de trente-sept ans; elle fut opérée, il y a dix-huit mois, pour utérus infantile. Peu à peu, une tumeur s'était développée, atteignant bientôt et dépassant le détroit supérieur. L'auteur fit le diagnostic de tumeur kystique des annexes, probablement pyosalpinx. A l'opération, il trouva une trompe distendue par 800 grammes environ de pus fétide; l'autre contenait 300 grammes de pus mélangé à du sang décomposé. Les ovaires avaient le volume d'une orange. L'auteur conclut qu'il eût mieux valu enlever les annexes à la première opération.

Néphrectomie pour cancer du rein. — M. Lloyd montre un rein cancéreux enlevé d'un homme de cinquante-quatre ans, qui avait reçu un coup violent, deux ans auparavant, au niveau du rebord costal gauche, sans lésion apparente du rein. Six mois après, il commença à éprouver une douleur profonde dans l'abdomen, à gauche, douleur présentant des exacerbations. Il y a quatre mois, apparut une crise d'hématurie, qui dura quelques jours et qui se répéta deux fois. Au palper, on sentait le rein gauche augmenté de volume. L'auteur pratiqua la néphrectomie lombaire. Aujourd'hui, le malade paraît en parfaite santé.

Radiographie du bassin. — M. Edwards présente une radiographie et l'observation d'une fillette de sept ans qui accusait une vive douleur dans le bassin en s'asseyant. Les commémoratifs très obscurs faisaient penser à un corps étranger introduit dans la vessie, le vagin ou le rectum. La radiographie montra la présence, dans le vagin, d'une épingle à cheveux de plus de 5 centimètres qui fut extraite sans incident.

Sarcome myéloïde du péroné. — M. Haslam montre une tumeur enlevée d'une fille de huit ans, et qui avait fait son apparition il y a six mois, sans gêner aucunement les fonctions du membre inférieur. Le tiers supérieur du péroné était très hypertrophié et contenait une grande quantité de sang avec relativement peu de tissu néoplasique. On disséqua et on réclina le sciatique poplité externe et ses branches terminales, et on enleva les deux tiers supérieurs de l'os.

Société médicale de Liverpool.

26 Janvier 1899.

Sarcome de la jambe. — M. Stewart présente la jambe gauche d'un garçon de dix-sept ans qui avait commencé, il y a six semaines, à éprouver une vive douleur dans le creux poplité, lequel était rapidement tuméfié. On fit l'amputation de la cuisse au tiers moyen, mais le malade mourut deux jours après d'inanition.

L'examen microscopique montre qu'on est en présence d'un sarcome.

Tumeurs de la région amygdalienne. — M. Banks relate trois cas de tumeurs situées en dehors et en arrière des amygdales.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme présentant une grosseur qui s'était développée assez rapidement, amenant une notable saillie derrière la branche montante du maxillaire. La tumeur fut facilement énucléée par la voie buccale, sans hémorragie; c'était un adéno-fibrome.

La tumeur qui fait l'objet de la deuxième observation, était en tout semblable à la précédente et s'était développée en deux ans, chez une femme de quarante ans.

Le troisième cas est celui d'une jeune femme de vingt ans qui, huit à dix semaines avant son entrée à l'hôpital, s'était aperçue de la présence d'une grosseur derrière l'amygdale droite; son développement fut très rapide; la douleur était extrême, la déglutition presque impossible. C'était une tumeur très rénitente, à contour peu net. En présence de l'asphyxie imminente, on pratiqua une laryngotomie préliminaire, puis le pharynx fut bourré de gaze; cela fait, on pratiqua une large incision au niveau de la tumeur qui parut adhérente à un plan osseux; n'arrivant pas à l'extirper par la voie buccale, l'auteur fendit la joue et réséqua le maxillaire inférieur; la tumeur se montra alors adhérente au corps de la 3^e cervicale et à la base du crâne. Elle fut rapidement enlevée et la malade se remit parfaitement de l'opération; le pronostic est cependant grave, car il s'agit d'un sarcome à point de départ profond; son extirpation n'a pu être absolument totale, d'où la probabilité d'une récurrence.

Tumeurs de l'œsophage. — M. Permewan, à la suite de deux cas de tumeurs de l'œsophage enlevées par la pharyngotomie sous-hyoïdienne, arrive aux conclusions suivantes:

1^o La pharyngotomie sous-hyoïdienne constitue la meilleure voie d'accès aux tumeurs œsophagiennes haut situées; elle permet, en effet, d'examiner la partie inférieure du pharynx, l'orifice du larynx et la partie supérieure de l'œsophage;

2^o Il est nécessaire de pratiquer une trachéotomie préalable;

3^o Il ne faut pas fermer la plaie: on la bourre de gaze et on la laisse se fermer par bourgeonnement;

4^o Le malade doit être nourri au moyen d'une sonde œsophagienne.

Académie de médecine d'Irlande.

27 Janvier 1899.

Tumeur péritonéale. — M. Norman présente une tumeur qui s'était développée au niveau de l'union du jéjunum avec l'iléon, apparemment aux dépens du péritoine de la paroi antérieure de l'intestin. Elle est de forme ovoïde, du volume d'un gros œuf et ressemble absolument à un fibrome utérin, tant par sa couleur et sa consistance que par son aspect à la coupe. La tumeur avait pénétré dans l'intestin sur la face interne duquel se voyait une surface ulcérée, non fongueuse, large

comme une pièce de un franc. Cette ulcération avait déterminé des hémorragies abondantes et répétées auxquelles avait succombé la malade.

Au microscope on voit la tumeur formée d'un amas de cellules ovoïdes et fusiformes mêlées à du tissu fibreux. Les vaisseaux sont très nombreux, au point que, par endroits, la structure du néoplasme rappelle celle des angiomes. L'auteur pense qu'il s'agit d'un sarcome ayant un point de départ dans les vaisseaux sanguins du péritoine.

Atrophie musculaire. — M. Symes montre un petit malade de huit ans et demi atteint d'atrophie musculaire des adolescents (type Erb). L'affection a débuté à deux ans et demi, lorsque l'enfant faisait ses premiers pas. Actuellement, il ne peut monter un escalier; s'il tombe, il ne peut se relever; il est incapable de se coucher et de se lever, ses forces diminuant de jour en jour.

RUSSIE

Société de pédiatrie de Saint-Petersbourg.

23 Novembre 1898.

Intervention opératoire, dans un cas de spina bifida, chez un nouveau-né. — M. J. Dolinsky a eu recours, dans un cas de spina bifida, au procédé ostéoplastique de Zenenko.

Les terminaisons dégénérées des nerfs rachidiens furent réséqués, le sac herniaire fut suturé; puis on tailla des lambeaux musculo-osseux aux dépens des lames vertébrales, qu'on sutura pour fermer la fente rachidienne. Les suites opératoires immédiates furent satisfaisantes; la réunion s'était faite par première intention.

Actuellement, l'enfant a quarante jours, et il a augmenté de 500 grammes, quoique n'étant pas nourri par la mère. L'incontinence fécale commence à disparaître; mais, en revanche, dix jours après l'opération, commença à se développer l'hydrocéphalie, qui est actuellement encore modérée. L'enfant a, en outre, un double pied bot équin varus et une légère parésie des membres inférieurs.

M. Dolinsky a opéré trois autres nouveau-nés; deux d'entre eux sont morts au bout de sept et quinze jours, de méningite suppurée; quant au troisième opéré, l'auteur l'a perdu de vue. M. Dolinsky ajoute en terminant que l'auteur du procédé, M. Zenenko, a eu douze survies sur seize opérations; quant à l'hydrocéphalie, il pense qu'elle se développe indépendamment de l'opération, aussi ne doit-elle pas être considérée comme une contre-indication.

Un cas de diarrhée par balantidium coli. — M. J. Jegaloff donne l'observation d'un enfant de cinq ans, atteint de diarrhée rebelle depuis sept mois; la fillette était très anémiée, avait la face bouffie, le foie gros, le ventre météorisé et de la douleur; la température était normale; les urines contenaient des traces d'albumine. Les selles, au nombre de dix à quinze par vingt-quatre heures, étaient extrêmement fétides, liquides, de réaction alcaline, et contenaient un peu de mucus; on y trouva, outre le colibacille, une grande quantité de balantidium coli.

L'huile de ricin, le tannalbine et le bismuth ont assez rapidement eu raison de la diarrhée, et les parasites disparurent des selles.

On sait que l'hôte naturel du balantidium est le porc, et, dans 12 cas, on a pu nettement démontrer la contamination des malades par ces derniers; mais, chez les enfants on ne l'a observée qu'exceptionnellement. M. Jegaloff a examiné, à ce point de vue, les porcs de l'abattoir de Saint-Petersbourg et a trouvé chez eux l'infusoire en question dans 21 pour 100 des cas. L'auteur ne croit pas ce parasite pathogène et pense qu'il ne peut se développer dans l'intestin de l'homme qu'à condition que la muqueuse du côlon soit déjà malade; aussi le pronostic dépend-il non pas du nombre des parasites, mais de l'état du gros intestin.

Société de neurologie de Kazan.

19 Novembre 1898.

Polynévrite des nerfs crâniens dans un cas de sarcomatose généralisée. — M. Darkchévitch a relaté l'observation intéressante suivante:

Un paysan, âgé de trente-six ans, entra à l'hôpital pour des douleurs faciales unilatérales. Le début de ces douleurs remonte à un mois; jusque-là, santé parfaite en apparence. À l'examen, on trouva de la parésie du triangle moteur du côté droit, de la paralysie du moteur oculaire externe et de toutes les branches du facial. Anesthésie dans le territoire du triangle. Tous les réflexes, y compris le pupillaire, étaient normaux. Pas de convulsions. Pas de syphilis. Champs visuel droit un peu rétréci; ouïe et goût affaiblis du côté droit. Réaction de dégénérescence dans les muscles de la face. Le malade succomba quinze jours après son entrée, et, à l'autopsie, on trouva des lésions de névrite parenchymateuse dans les nerfs crâniens, facial, triangle et moteur oculaire externe, avec sarcomatose viscérale et métastases dans l'orbite droite; en outre, pneu-

mogastrique droit présentait des lésions de dégénérescence rétrograde. Les nerfs inflammés étaient, en outre, infiltrés de cellules sarcomateuses.

L'auteur est disposé à attribuer la névrite aux toxines secrétées par les éléments sarcomateux, véhicules d'un contagion.

Un cas d'acromégalie. — MM. Pervouchine et A. Favorsky. Il s'agit d'une jeune femme de trente-trois ans, absolument sans aucun antécédent pathologique, malade depuis cinq ans. L'affection a commencé par l'augmentation du volume des extrémités et de la face, des douleurs abdominales, une soif vive, de la faiblesse générale; la menstruation, jusque-là très régulière, s'arrêta deux ans après le début de la maladie. Plus tard survinrent de la céphalée extrêmement violente, de la diplopie, de l'affaiblissement de la vue, de la polydipsie, de la polyurie et de la boulimie. À son entrée à l'hôpital, on constatait les signes classiques de l'acromégalie, avec albuminurie et glycosurie (3 pour 100), exophtalmie avec ptosis des deux paupières supérieures; foie hypertrophié, fonctions cardiaques ralenties, glande thyroïde imperceptible, réflexes rotuliens abolis, pupilles inégales et réagissant mal à la lumière, pas de stase papillaire, vue et ouïe affaiblis. La malade succomba huit jours après son entrée à l'hôpital, après être brusquement tombée dans le coma, avec une température de 40°5 et un pouls de 110, rougeur de la face et convulsions des muscles innervés par le facial gauche.

Le diagnostic de tumeur cérébrale (en raison de la violence des céphalées que la morphine ne parvenait pas à calmer) dans la région de l'hypophyse, avec mort par hémorragie cérébrale, fut pleinement confirmé par l'autopsie. On a, en effet, trouvé à la base du cerveau une tumeur du volume d'une noix, pédiculée, et dont le pédicule paraissait formé par l'hypophyse. Cette tumeur s'étendait depuis les lobes frontaux jusqu'aux pédoncules cérébraux, et, bien entendu, comprimait toutes les parties sous-jacentes; elle arrivait jusque dans l'orbite gauche et avait détruit le chiasma. Le néoplasme avait une capsule ferme et était composé de deux parties: une antérieure triangulaire, jaune grisâtre; et une postérieure, ovoïde, rouge foncée; il était mou à la coupe et infiltré de sang. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un angio-sarcome globo-cellulaire dans lequel s'était faite une hémorragie abondante; le néoplasme semble s'être développé aux dépens des cellules de la glande pituitaire.

ÉTATS-UNIS

Société médicale de New-York.

1^{er} Février 1899.

Greffe ovarienne. — M. Glass relate l'observation d'une femme de trente-neuf ans, qui avait présenté un très mauvais état général à la suite d'une ovariectomie double. L'auteur, devant enlever les ovaires à une autre jeune femme de dix-sept ans, eut l'idée d'en greffer un sur la première malade. L'opération réussit parfaitement. La malade, qui fait l'objet de cette communication, est maintenant en bonne santé et très régulièrement réglée.

PRATIQUE MÉDICALE

Epistaxis rebelles; hémostase rapide.

Dans le numéro du 17 Décembre dernier du *Journal des Praticiens*, M. Roussan a indiqué un traitement des épistaxis rebelles, facile à exécuter, d'un effet rapide, et qui dispense de l'emploi de la sonde de Belloc. Son procédé consiste, après l'obtention d'un caillot antérieur, dans l'utilisation de la narine du côté opposé pour la production d'un caillot postérieur, à l'aide d'une injection de sérum gélatiné, réalisant ainsi un véritable tamponnement. M. Weiss, dans le numéro du 7 Janvier du même journal, cite, à l'appui, de cette manière de faire deux cas d'épistaxis rebelles à tout traitement, où l'indocilité et la nervosité des malades — c'étaient des femmes — n'avaient pas permis de procéder au tamponnement, qui s'arrêtèrent promptement.

Voici comment il faut opérer:

On commence par laver les narines à l'eau chaude, à 45° ou 50°, à l'aide d'une seringue à pansement, qu'on charge ensuite de sérum gélatiné. On irrigue d'abord la narine saignante et ensuite la narine opposée. Aussitôt, l'hémorragie cesse par la production d'un caillot antérieur et d'un caillot postérieur formant un véritable tamponnement, plus facile, naturellement, que celui qui nécessite l'emploi de la sonde de Belloc.

M. Weiss fait usage de la solution de Lancereaux, soit:

Gélatine blanche 5 grammes.
Sérum de Hayem 200 c. cubes.

Le sérum employé par M. Roussan contenait une dose double de gélatine, et dans l'observation qu'il cite, et pour les raisons particulières qu'il indique, le caillot antérieur avait été obtenu à l'aide d'un atouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée d'eau oxygénée à 12 volumes.

Traitement de la migraine des dyspeptiques.

Dans la migraine survenant chez des individus franchement dyspeptiques ou sujets seulement à des troubles digestifs, on arrive, d'après M. Frieser, à faire rapidement disparaître les douleurs en pratiquant, pendant l'accès, un lavage de l'estomac avec de l'eau tiède additionnée d'une petite quantité de menthol, et en faisant prendre, toutes les deux heures, XV gouttes de la préparation suivante :

- Valériane de menthol 5 grammes.
- Eau 25 —
- Sirop de capillaire 30 —

Pour prévenir le retour des accès, il faut régler le régime alimentaire dont on proscriera le fromage, le beurre, les graisses, le thé, le café, les aliments acides, les compotes. On conseillera les viandes blanches en quantité modérée, les œufs à la coque, les purées, les légumes verts, le koumys. Chez les constipés, il faudra encore veiller à la régularité des selles, qu'on obtiendra par les lavements d'eau tiède additionnée d'un peu de glycérine, ou en faisant prendre aux malades, matin et soir, une cuillerée à café de la mixture suivante :

- Extrait fluide de cascara sagrada } à 100 grammes.
- Teinture vineuse de rhubarbe }

De la traction de la langue au dehors comme moyen prophylactique des accidents de l'anesthésie.

On connaît les inconvénients et même les dangers que présente, au cours des anesthésies générales, la préhension de la langue et sa traction avec des pinces spéciales à longues dents. Pour les éviter, M. le professeur Poncet (de Lyon) procède de la façon suivante :

Il traverse la pointe de la langue, un peu en dehors de la ligne médiane, à 15 ou 20 millimètres de sa pointe, avec une aiguille fine spéciale, munie d'un fil métallique. Ce dernier, de 15 à 20 centimètres de longueur, suffisamment résistant, est ensuite noué à son extrémité. Il est appelé ainsi à servir directement de tracteur de la langue. Les doigts d'un aide peuvent le saisir aisément; on peut aussi placer à son extrémité une pince hémostatique qui rend les manœuvres encore plus faciles.

Depuis dix ans, M. le professeur Poncet emploie ce procédé du fil intralingual dès que surviennent des accidents anesthésiques, et, lorsqu'une anesthésie doit être longue, lorsqu'elle paraît devoir être laborieuse, il place le fil tracteur dès le début de l'anesthésie, aussitôt que l'insensibilité s'est établie. Depuis cette époque, il n'a eu qu'à se louer de ce procédé qui présente des avantages sans avoir aucun inconvénient sérieux.

LIVRES NOUVEAUX

M. Béclère. — *Les rayons de Roentgen et le diagnostic de la tuberculose* (chez BAILLIÈRE, 4 vol. in-16).

L'auteur montre d'abord que les poumons sains dans un thorax normal sont transparents dans toute leur étendue. Il étudie ensuite les différents cas de tuberculose pulmonaire qui peuvent se présenter.

La tuberculose latente, dont l'importance thérapeutique est si considérable, peut être diagnostiquée, avant l'apparition de tout autre symptôme, par une diminution de la transparence des sommets.

Dans les cas douteux au point de vue clinique, la radiographie constitue un élément important d'examen, venant aider les signes ordinaires, dont l'interprétation est souvent difficile. Enfin, dans la tuberculose certaine, les rayons de Roentgen montrent les limites de la lésion.

M. Béclère établit en terminant que la tuberculose peut facilement être différenciée, à l'aide de ce mode d'exploration, des maladies qui la simulent.

La guérison de la tuberculose dépendant surtout de la rapidité avec laquelle le traitement est institué, on voit immédiatement quelle est l'importance considérable de ce nouveau mode d'exploration.

BONCHACQURT.

CORRESPONDANCE

Un groupe d'étudiants en médecine nous soumet, avec prière de les publier, les réflexions suivantes :

Les examens d'anatomie vont bientôt commencer; nous prenons la liberté de vous soumettre à ce propos quelques remarques.

Depuis deux ans que nous suivons les pavillons de dissection à l'École pratique, nous avons toujours été surpris : 1° du peu d'assiduité des étudiants aux conférences faites tous les jours par les prosecteurs ou les aides d'anatomie; 2° de l'inutilité de ces conférences.

Ces deux faits ne sont pas sans corrélation; car si nous jugeons ces conférences utiles, évidemment nous y serions assidus.

Il convient avant tout de rendre hommage au zèle des prosecteurs et des aides d'anatomie, car il est vraiment pénible de venir, après un service à l'hôpital dans la matinée, passer deux ou trois heures de l'après-midi dans un pavillon de dissection.

Pourquoi tant de bonne volonté ne rend-elle pas tous les services qu'on en pourrait attendre? C'est que, et en cela nous sommes les interprètes de beaucoup de nos camarades, ces conférences ne sont pas faites d'une façon a-ssez pratique. On nous parle d'anatomie descriptive et topographique, on nous parle d'histologie, voire même de physiologie, mais jamais de la technique d'une dissection. On ne nous dit jamais comment, en présence d'une région à disséquer, il convient de l'aborder, ce qu'il faut ménager, les accidents qui peuvent arriver. C'est si vite fait, pour une main inexpérimentée, de trancher une artère ou un filet nerveux! Et même, avec une connaissance théorique suffisante de la région, on est souvent bien perplexe pour l'aborder convenablement le scalpel à la main. Il y a cependant une technique de la dissection, comme il y a une technique du microscope. En un mot, on ne nous apprend pas comment il faut disséquer.

Nous savons bien que les aides d'anatomie préparent le prosectorat, les prosecteurs l'agrégation ou tout autre concours, et que ces conférences sont pour eux une excellente gymnastique; mais il faut aussi songer que ces leçons sont faites pour les étudiants et que ce sont eux qui, les premiers, doivent en profiter. Or, si nous ne trouvons dans ces leçons rien autre que ce que nous lisons dans les anatomies de Poirier, de Testut, de Til- laux, etc., à quoi bon les suivre avec assiduité? D'un autre côté, manquant de guides pour les dissections, nous nous en désintéressons bientôt.

Nous sommes persuadés qu'une réforme de cette branche de l'enseignement serait très bien vue des étudiants, que l'assiduité dans les pavillons serait alors pour nous un devoir et que tous les appels et les contre-appels devraient être à la suite supprimés.

Nous soumettons ces réflexions sans le moindre parti pris, entièrement convaincus de leur justesse, espérant qu'elles seront appréciées de nos maîtres et qu'elles susciteront une réforme utile à ceux qui nous suivront.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 2 Mars. — MM. Bezançon, 17. — Aperi, 16. — Boix, 15. — Dufour, 18. — Renault, 18.

Prochaines séances, samedi 4 Mars, à 5 heures, et dimanche 5 Mars, à 9 h. 1/2 du matin, à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Congrès international de 1900. — La commission d'organisation du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale de 1900, instituée par arrêté en date du 19 Décembre 1898, vient de se réunir avenue Rapp, 2 bis, sous la présidence du professeur Gariel, délégué principal pour les congrès de l'Exposition de 1900.

A l'issue de la séance, la commission a composé ainsi qu'il suit son bureau :

Président : M. Lereboullet; vice-présidents : MM. Jamin et Le Baron; secrétaire général : M. Glover; secrétaire général adjoint : M. Gastou.

La commission va se compléter par l'adjonction de quelques membres parisiens et de membres provinciaux et étrangers pour la constitution des comités de patronage de province et de l'étranger.

Elle publiera prochainement le règlement du Congrès et la liste des questions qui feront l'objet des rapports.

Pour tous renseignements relatifs au Congrès, s'adresser à M. Lereboullet, président, 44, rue de Lille, ou à M. Glover, secrétaire général, 37, faubourg Poissonnière, Paris.

Faculté de médecine de Paris. — M. Landrieux, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de médecine, en remplacement de M. Anger, admis à la retraite.

Hôpital Lariboisière. — M. Tuffier, agrégé, commencera des leçons de clinique chirurgicale le jeudi 9 Mars, à 10 heures, à l'amphithéâtre Gosselin, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du lundi 13 Mars 1899.* — Rapport de M. de Ranse sur la candidature de M. Duchesne au titre de membre honoraire; M. Bouloumié; Pathogénie des lithiases biliaires; M. Pecker; Suppléance fonctionnelle d'un organe malade par un organe sain; M. de Molnes; Héritéité syphilitique à très long terme. Sept enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle, dont le dernier, quoique d'un autre père non syphilitique, vingt et un ans après l'apparition de la syphilis; M. Moutier; Courants de haute fréquence et récents progrès de l'électrothérapie, avec appareils et démonstrations pratiques; M. Bloch; Antisepsie des injections mercurielles.

Budget de l'Instruction publique. — Dans sa séance de lundi, la Chambre des députés a abordé la discussion du budget de l'Instruction publique.

Plusieurs députés sont intervenus pour obtenir le relèvement promis des traitements des professeurs de Faculté; mais, bien qu'ils eussent l'appui du gouvernement, ils n'ont pas pu triompher des résistances de la Commission du budget.

C'est tout d'abord M. Perreau qui a proposé une augmentation de 281.900 francs pour permettre d'améliorer la situation matérielle du personnel de l'enseignement supérieur, depuis les professeurs jusqu'aux plus modestes employés. M. Georges Leygues a appuyé la proposition en rappelant que les professeurs de Faculté sont les seuls membres de l'enseignement dont la situation soit restée stationnaire. Et, cependant, cette réforme avait été décidée en principe, puisqu'une grande commission nommée l'année dernière avait émis un avis favorable et fixé la dépense totale à 885.000 francs, qui devaient être répartis sur quatre exercices.

Le relèvement de crédit en question est combattu par M. Pelletan qui en demande l'ajournement au prochain budget, et la Chambre lui donne raison pour 373 voix contre 149.

Vainement M. Guillemet essaie ensuite d'obtenir un crédit de 10.000 francs pour améliorer du moins le sort des préparateurs et chefs de travaux. Son amendement est rejeté.

Enfin la Chambre fait la même sort à une proposition de M. Astier, demandant 18.200 francs pour la création d'une chaire de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Les viandes de conserve. — Le ministre de la guerre a nommé MM. Treille, sénateur, Chassaing, député, Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et Nocard, professeur à l'École d'Alfort, membres de la commission chargée de déterminer les causes des accidents d'intoxication survenus à la suite des distributions de viandes de conserve faites aux troupes et de rechercher les mesures propres à empêcher le retour de ces accidents.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la huitième semaine 982 décès, chiffre presque identique à celui de la semaine précédente (983) et, comme lui, inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de février (1.082).

La fièvre typhoïde n'a causé que 7 décès (la moyenne est 6), la rougeole 12, la scarlatine 3, la coqueluche 14 et la diphtérie 7. Ces chiffres sont voisins de la moyenne.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Bouchard, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Bouchard était né à Ribeauvillé (Alsace) en 1833. Réçu docteur en 1856, il entra dans le corps de santé militaire. De 1861 à 1871, il occupa le poste de répétiteur à l'École de médecine de Strasbourg. Après la guerre, en 1872, il fut nommé chef des travaux anatomiques à Nancy et peu de temps après il se faisait recevoir agrégé de cette Faculté.

Il fut appelé ensuite à la chaire d'anatomie et à la direction de l'Institut anatomique de la Faculté de Bordeaux. Il a publié des travaux estimés.

M. Bouchard était officier de la Légion d'honneur.

Étranger.

— Le professeur Garré, de Roslock, est nommé directeur de la clinique chirurgicale de Bâle vacante par la mort récente du professeur Socin.

— M. Rosenberger, professeur de médecine légale à l'Université de Wurzburg, est mis à la retraite sur sa demande.

— Sont nommés privat-docents à la Faculté de médecine de Berlin : MM. Paul Jacob et Max Rothmann pour la médecine interne, M. Henri Finkelstein pour les maladies des enfants et M. Henri Grabower pour les maladies du larynx.

— M. L. Perret, privat-docent d'orthopédie à l'Université de Lausanne, est promu au rang de professeur extraordinaire.

M. Cerman Sims Woodhead est nommé professeur de pathologie à l'Université de Cambridge en remplacement du professeur Kanthack. M. Woodhead dirigeait depuis huit ans les laboratoires du Royal College des médecins et du Royal College des chirurgiens de Londres.

— On annonce de Berlin que M. Wassermann, de l'Institut Koch, de Berlin, serait sur la voie d'une importante découverte : il ne s'agirait rien moins que d'un sérum antipneumococcique. Au cours d'expériences poursuivies à l'Institut des maladies infectieuses, M. Wassermann aurait reconnu que la moelle des os était par excellence le foyer de production de l'antitoxine capable de neutraliser les effets du pneumocoque.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARTEAUX, imprimeur, 1, rue Cassette

PEPTONE CORNELIS
et Glycérophosphates

Chaque verre à madère de VIN CORNELIS renferme les éléments de :
30^{gr.} VIANDE DE BŒUF
et 30 centigr. de Glycérophosphates.

VIN CORNELIS

**TONI-NUTRITIF
RECONSTITUANT
RÉPARATEUR PUISSANT**

DOSE : Un verre à madère après chacun des deux principaux repas.

PRÉPARATION et DÉPOT GÉNÉRAL :
L. BRUNEAU, Pharmacien de 1^{re} Classe, à LILLE.

OFFICIELLE
PRESCRITE
DANS LES
HOPITALS DE PARIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE
Sans Odeur

PEPTONE CORNELIS

Très Agréable au Gout.
Représente 10 fois son poids de Viande de Bœuf.
PLUS NUTRITIVE, la PLUS DIRECTEMENT ASSIMILABLE.

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevétés.

DOSE : 2 à 3 cuillères à soupe par jour.

DÉPOT GÉNÉRAL :
Ph^o L. BRUNEAU, à LILLE.

Anémie, Chloro-Anémie, Lymphatisme, Névroses du Cœur, Troubles de la circulation, Affections Scrofuleuses et Cutanées, traités avec succès par le Corps Médical par les

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX
du Dr PAPILLAUD

Médication ferro-arsenicale (arséniat d'antimoine, 0.001 m/m par Granule et Fer)

Présence simultanée du Fer, Arsenic et Antimoine à l'état de sel le plus assimilable. — Dose : 2 à 8 granules par jour.

Dépôt Gén^l : Ph^o CIGON, 7, rue Coq-Héron, PARIS et 1^{er} Ph^o. — Envoi de flacons d'essai à MM. les Docteurs.

TUMEURS — CANCERS TRAITÉMENT PAR LE THUYA WUHLIN

Observations cliniques par les D^{rs} Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Bouilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN, 11, r. Latayette, PARIS.

IODURE SOUFFRON KI (Changement par TITRE Inaltérable)

SOLUTION à 1/15^{me} (par cuill. à potage)
SIROP à 1/20^{me} (1 gr. KI)
DRAGÉES à 0^{gr.} 25 centigr.

ASTHME, GOUTTE, LYMPHATISME, GOUTTE, SYPHILIS
NI CORYZA, NI GASTRALGIE, NI CEPHALALGIE

Très recommandé par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, très exactement titré et absolument inaltérable. (Echantillons sur demande.)

PARTICULARITÉ en GROS : SOUFFRON, 24, rue Poncelet, Paris, et toutes pharmacies

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

.... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Fraticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

Granules de Catillon à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

OBESITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE

Tablettes de Catillon à 0^{gr.} 25 de corps

THYROÏDE

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerées à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Nouveau Remède contre la

TUBERCULOSE

THIOCOL "Roche"

SULFO-GAIACOLATE de POTASSIUM

Le THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOCOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le THIOCOL n'a pas d'odeur.
Le THIOCOL est soluble dans l'eau.
Le THIOCOL n'est pas toxique.

Envoi franco d'Echantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.

Oxyhémoglobine ET Glycérophosphate de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laënnec,
 Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES MALADIES INFECTIEUSES. par M. H. ROGER 109
APPENDICITE ET COLIQUE DE PLOMB, par M. EMILE SERGENT 112
DEUX NOUVEAUX CAS D'ANGINE A BACILLE DE FRIEDLÈNDER, par M. A. BILLET 114

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la débilité congénitale, par M. LABBÉ 114

ANALYSES

Médecine : La dilatation et l'hypertrophie du cœur dans la chlorose, par M. E. GAUTIER 115
Chirurgie : De l'extirpation de l'anévrisme cirsoïde de la tête, par M. H. BRAGER. — Traitement opératoire de l'ankylose du maxillaire inférieur avec résection de l'apophyse articulaire et transplantation d'un lambeau musculaire, par M. M. KOZNIETZOFF. — Extirpation totale du colon descendant, du colon pelvien et du rectum, par M. J. PYLE 115
Dermatologie et syphiligraphie : Troubles trophiques de la peau dans la syringomyélie, par M. POSPELOW 116
Maladies des voies urinaires : Soixante cas de goutte militaire, par M. J. STERNE 116
Rhinologie, otologie, laryngologie : Sur le traitement médical des troubles de la voix chantée, par M. W. HOTTENROD. — Sur les indications de l'opération radicale dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par M. G. KRUIS 116

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : L'intervention chirurgicale latente comme traitement du cancer de l'estomac, M. LANDOUZY. — Sur le traitement de l'appendicite, M. RECLUS, M. TILLAUX. — Capitonage des hydronéphroses; anastomose néphro-urétérale, M. ALBARRAN 99
Société de biologie : L'eau de l'intestin, MM. CHARBIN et LEVADITI. — Origine des polynucléaires du sang du lapin, M. DOMINICI. — Réaction des appareils hématopoiétiques chez le lapin vis-à-vis des infections, M. DOMINICI. — Action bactéricide de l'extrait du tonia inerme, MM. F. RAMOND et R. PICOU. — Héli-paracoussie dans un cas de fracture des deux rochers, M. P. BONNIER. — Sur une forme d'hépatite toxi-infectieuse expérimentale, MM. FRISALIX et CLAUDE. — Influence de l'aliment sur la température des mélancoliques, MM. TOULOUSE et MARCHAND. — Sur l'agglutination du bacille de Nicolaïer, M. J. COURMONT. — Gangrène de la verge chez un vieillard, MM. A. MALHERBE et V. MONSIEUR. — Extrait pituitaire et tension sanguine, M. LÉVON. — Sympathicotomie expérimentale, M. VIDAL. — Parasitisme du cancer, M. CURTIS 99
Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie : Des opérations pratiquées sur l'utérus au point

de vue de la grossesse et de l'accouchement, M. PINARD, MM. DOLÉNS, SEGOND. — Observation d'appendicite suppurée au cours de la grossesse, M. SEGOND, MM. LEGENDRE, QUÉNU, SCHWARTZ et NÉLATON, POZZI, LEPAGE. 98

PRATIQUE MÉDICALE

L'alimentation du nourrisson après le sevrage 98

LIVRES NOUVEAUX

Traité de physiologie, par MM. P. MORAT et M. DOYON . . . 98

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 Mars 1899, à 1 heure. — M. TAPIÉ DE CLEYRAN : Sur un cas d'élythroclèle postérieure; MM. TILLAUX, Landouzy, Wurtz, Legueu. — M. COURTIES : De la cystoscopie chez la femme; MM. TILLAUX, Landouzy, Wurtz, Legueu. — M. VIOLETTE : Contribution à l'étude critique du traitement du tétanos par les antitoxines; MM. Landouzy, Tillaux, Wurtz, Legueu. — M. LACOSTE : De l'évacuation totale de la plèvre dans les grands épanchements; MM. Landouzy, Tillaux, Wurtz, Legueu.

Judi 16 Mars 1899, à 1 heure. — M. LE MAGUET : Le monde médical parisien sous le Grand Roi; MM. Brouardel, Hutinel, Vidal, Wurtz. — M. FACHOUEL : Du scorbut; MM. Hutinel, Brouardel, Vidal, Wurtz. — M. AYROLES : Salpingo-ovario-syndèse; MM. Le Dentu, Budin, Richelot, Bonnaire. — M. GIBERT : De la valeur de la néphrite au cours de la maladie de Raynaud; MM. Budin, Le Dentu, Richelot, Bonnaire.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Tillaux, Poirier, Walther. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Lannelongue, Mauclair, Varnier. — 3^e (Deuxième partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Fournier, Gaucher, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Blum,

Delbet. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Humbert, Broca (Aug.). — 5^e (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Teissier.

Mardi 14 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie salle n° 1 : MM. Le Dentu, Richelot, Wallich. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Proust, Gley, Chassevant. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Berger, Albarran. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Jacoud, Chantemesse, Charrin. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Debove, Raymond, Achard.

Mercredi 15 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Terrier, Delens, Rémy. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Reclus, Broca (Aug.), Lepage. — 3^e Oral Première partie), N. R. : Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Pinard, Sebléau, Mauclair.

Judi 16 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Panas, Poirier, Faure. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Guyon, Thiéry, Wallich. — 3^e (Deuxième partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Grancher, Charrin, Ménétrier. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Proust, Troisième, André.

Vendredi 17 Mars 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Poirier, Retterer, Sebléau. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet Landouzy, Dupré. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Lannelongue, Delens, Lejars. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Blum, Humbert, Walther. — 5^e (Deuxième partie) Necker : MM. Grancher, Joffroy, Vidal. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 18 Mars 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Panas, Poirier, Quénu. — 2^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Rémy, Albarran, Faure. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Coriol, Roger, Thirioix. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série), Ancienne bibliothèque, salle n° 3 : MM. Dieulafoy, Achard, Vaquez. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

COURS

M. le professeur P. BUIX reprendra ses leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), le samedi 11 Mars, à 10 heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.
 Visite des malades tous les jours à 9 heures.
 Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. DEMELIN, accoucheur des hôpitaux, et BRUNDEAU.
 Exercices de diagnostic : MM. CHAVANE, chef de clinique, et MACÉ.
 Exercices de laboratoire : MM. MICHEL et BRUNDEAU.
 M. GALIPE, chef de laboratoire.

CARABANA PURGE GUÉRIT
 Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

AVIS aux médecins désireux de disposer d'un établissement d'hydrothérapie avec beau cabinet de consultation. Combinaison avantageuse avec le Directeur d'un des plus beaux établissements de Paris, quartier central et riche. Ecrire, pour renseignements, à la **Société de publicité**, 92, rue Richelieu.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrenale, Thyroïdienne **MONCOUR**

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE
POUGUES TONI-DIGESTIVE
SANT-GALMIER BADOIT

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 Mars 1899.

L'intervention chirurgicale hâtive comme traitement du cancer de l'estomac. — M. Landouzy. (Sera publié *in extenso*.)

Sur le traitement de l'appendicite. — M. Reclus. A la formule de M. Dieulafoy : en cas d'appendicite, opérer toujours et le plus tôt possible, M. Ferrand oppose la formule suivante : à chaque forme d'appendicite, opposer un traitement différent.

Cette formule semble très simple; je m'y étais rallié autrefois, lorsque je croyais qu'il existait plusieurs variétés d'appendicite avec des symptômes et un pronostic différents.

Mais cette clinique a fait faillite. On a vu que les lésions les plus légères en apparence pouvaient s'accompagner des accidents les plus graves, même d'accidents mortels, et inversement, que les accidents les plus bruyants pouvaient se terminer de la manière la plus bénigne.

Dans l'évolution de l'appendicite, on ne doit considérer que deux facteurs : la virulence du microbe et la résistance du péritoine. Mais on comprend que ces facteurs peuvent se modifier d'un jour à l'autre, de sorte qu'il est impossible de prévoir l'évolution d'une appendicite, et, par suite, de baser sur cette évolution probable le traitement.

Les résultats de l'opération, les examens anatomopathologiques ont montré que la colique appendiculaire pure n'existait pas et qu'elle s'accompagnait toujours de phénomènes inflammatoires. Il en est de même de l'appendicite plastique, car dans tous les cas désignés sous ce nom, j'ai toujours trouvé du pus au cours de l'opération, quelle que fut la période à laquelle l'intervention avait été faite.

De sorte que, quand M. Ferrand dit : j'abandonne aux chirurgiens les appendicites supprimées, c'est dire : je leur abandonne toutes les appendicites.

M. Tillaux. Dans sa communication à l'Académie, M. Dieulafoy a posé l'aphorisme suivant : on ne doit jamais mourir d'appendicite. Cet aphorisme n'est pas exact. Il serait facile de citer des cas dans lesquels l'opération pratiquée absolument au début de l'appendicite, et suivant toutes les règles de l'art, a été suivie de mort. Doit-on donc en rendre responsable le chirurgien? Non, assurément. Doit-on, comme le demande M. Dieulafoy, laisser le médecin assumer toute la responsabilité de l'opération, tandis que le chirurgien n'agit que sous ses ordres? Ce serait faire un retour en arrière.

M. Dieulafoy a dit aussi : il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, et tous les médecins ont protesté, et avec raison; on peut, en effet, citer nombre de cas d'appendicites guéries par le traitement médical.

Je demande aussi à M. Dieulafoy ce qu'il entend par opérer en temps voulu. Est-ce opérer dès que l'appendicite est diagnostiquée, ou bien attendre que les accidents aigus aient disparu, afin d'intervenir à froid?

Pour ma part, je surveille attentivement le malade et je me base sur l'évolution probable de l'appendicite; s'il me faut donner une formule, ce sera :

Lorsqu'au cours d'une appendicite, il se produit, même à une époque rapprochée du début, des signes pouvant faire craindre que la résolution ne se produise pas, pouvant faire croire que le traitement médical ne suffira pas, il faut avoir recours au traitement chirurgical. En dehors de ces cas, il vaut mieux attendre et n'intervenir qu'à une période tardive, car l'opération faite « à froid » est bien préférable pour le malade.

Le grand progrès fait dans le traitement de l'appendicite résulte de la connaissance des récidives de cette affection, récidives qui sont de plus en plus graves : de cette notion dérive l'opération de l'appendicite « à froid » après la guérison des phénomènes aigus.

Je crois donc que c'est un devoir pour le chirurgien de conseiller l'ablation de l'appendice au sujet qui vient d'avoir une attaque d'appendicite. Ce devoir devient plus impérieux encore lorsqu'il s'agit d'une appendicite à rechute, car c'est dans ce cas-là que survient la perforation subite de l'appendice, avec péritonite suraiguë généralisée, contre laquelle le traitement chirurgical ne pourra rien.

Capitonnage des hydronéphroses; anastomose néphro-urétérale. — M. Albarran présente une malade chez qui il a pratiqué, avec succès, une opération nouvelle pour la cure radicale de l'hydronéphrose. Par le capitonnage, il a diminué le volume de la poche, et par l'anastomose de l'urètre à sa partie la plus déclive, il a assuré le libre écoulement de l'urine.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans atteinte d'hydronéphrose calculeuse du rein droit : le calcul, en forme d'Y, avait déterminé la formation de deux poches volumineuses aux deux extrémités supérieure et inférieure du rein. L'urètre présentait un rétrécissement notable près de son embouchure dans le bassin, et l'insertion de l'urètre se faisait à peu près au milieu de la poche hydronéphrotique.

Dans une première opération, M. Albarran pratiqua la néphrotomie, enleva le calcul, et finit son intervention

en plicaturant les deux poches supérieure et inférieure et en fixant ces plus par des points de suture au catgut. Le résultat de ce capitonnage était, tout en conservant le tissu rénal, de diminuer beaucoup l'étendue de la poche d'hydronéphrose.

Deux mois après cette première intervention, M. Albarran pratiqua une nouvelle opération destinée à remédier à l'insertion vicieuse et au rétrécissement de l'urètre. Après avoir introduit, à l'aide de son cystoscope, une sonde dans l'urètre, il arriva sur ce conduit par une incision lombaire : l'urètre fut incisé longitudinalement dans l'étendue de 2 centimètres au niveau de l'extrémité inférieure du rein; les bords de cette ouverture furent suturés aux bords correspondants d'une autre incision pratiquée sur la partie la plus déclive de la poche rénale. On fit ainsi une anastomose de l'urètre à la poche et la sonde urétérale fut introduite par cette nouvelle ouverture dans l'intérieur du rein.

Pendant la seconde opération, on put se rendre compte de la rétraction considérable de la poche (plus de la moitié) qui avait suivi le capitonnage. Le résultat de l'anastomose urétérale est des plus brillants : la malade est complètement guérie depuis trois mois et sa poche hydronéphrotique, qui contenait auparavant 400 grammes de liquide, n'en peut plus contenir que 8 grammes. Le contrôle du résultat opératoire par le cathétérisme du rein opéré donna dans ce cas la certitude de la guérison.

M. LABRIÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

4 Mars 1899.

L'eau de l'intestin. — MM. Charrin et Levaditi. Au cours des recherches que nous poursuivons sur le sort des toxines introduites dans le tube digestif, nous avons pu constater que si on place ces toxines dans le duodénum, on retrouve des volumes considérables de liquide, alors que, vers la fin de l'iléon, ces liquides font défaut.

De telles constatations nous ont conduits à étudier ce qu'on peut appeler le régime aqueux ou la courbe de l'eau de l'intestin à l'état physiologique. Dans ce but, chez l'animal vivant, nous avons divisé et isolé à l'aide de ligatures le tube intestinal en différentes sections; puis, ayant apprécié le contenu de chacun de ces segments, nous avons refermé l'abdomen. Une nouvelle laparotomie, faite vingt-quatre heures après, nous a permis de noter l'inégalité de répartition de liquide dans les divers segments : très abondant dans les parties supérieures duodénales, il décroît de plus en plus au fur et à mesure que l'on s'approche des segments inférieurs de l'iléon.

La présence de ces liquides en plus grande quantité dans la zone supérieure intestinale, où s'opèrent les métamorphoses les plus actives, témoigne d'un rôle de première utilité, d'autant qu'en dehors des hydratations, l'eau participe aux dédoublements, aux émulsions, aux peptonisations, aux fermentations, allant même jusqu'à jouer dans certaines conditions, suivant Desgrez, le rôle de ferment.

De pareilles données semblent également en relation avec les fonctions d'élimination ou d'absorption que l'intestin exerce à l'état physiologique; l'histoire des entérites urémiques, le mécanisme des déterminations intestinales, les poisons microbiens ou autres injectés par diverses voies établissent la réalité de ces propriétés, comme les phénomènes de la digestion, de l'assimilation attestent l'existence de ces attributs.

Origine des polynucléaires du sang du lapin. — M. Dominici. Il existe dans le sang du lapin deux variétés de polynucléaires essentiellement distinctes. A ces deux types de polynucléaires du sang circulant correspondent dans la moelle osseuse deux variétés de myélocytes. Entre chacun de ces deux types de myélocytes et les types de polynucléaires correspondants existent tous les intermédiaires; les transitions sont représentées par la transformation du noyau qui se découpe et bourgeonne, évoluant vers l'état polymorphe.

Réaction des appareils hématopoïétiques chez le lapin vis-à-vis des infections. — M. Dominici. Parmi les éléments de la moelle osseuse du lapin subsistant un processus de multiplicité sous l'influence de l'infection par le bacille d'Eberth, je signalerai particulièrement les myélocytes, souche de polynucléaires, et les éléments de la série hémoglobinoïde, souche des globules rouges ordinaires. Ainsi sont assurés l'hyperleucocytose de défense et l'intégrité du taux hématométrique et hémochrométrique du sang circulant. Dans les mêmes circonstances, indépendamment des hématies nucléées, peuvent apparaître dans le milieu sanguin de grands mononucléaires, différents des mononucléaires ordinaires par leur protoplasma très basophile. Ces éléments abondent dans le tissu ganglionnaire et dans la lymphe des animaux infectés.

Dans le tissu splénique hyperplasique des animaux infectés, à côté des grands macrophages, nous avons trouvé des cellules mononucléées à protoplasma granuleux et de tous points comparables aux myélocytes, souche des polynucléaires éosinophiles et pseudo-éosinophiles.

Action bactéricide de l'extrait de *tenia inermis*. — MM. F. Ramond et R. Picon. La macération dans 250 grammes de sérum physiologique d'un *tenia inermis* broyé donne, après filtration, un produit doué d'un pouvoir bactéricide considérable à l'égard des divers microbes intestinaux : staphylocoques, tétragènes, proteus, bacterium termo, streptocoques, bacilles du choléra, de la fièvre typhoïde, etc. Seul le bacterium coli se développe dans ce liquide pur ou additionné de bouillon, mais peu abondamment. Le bacille de Koch ne donne aucune culture appréciable dans un milieu contenant des traces de cet extrait.

Nos expériences expliquent ainsi comment les individus porteurs de tenias sont rarement atteints d'infections intestinales (diarrhées vulgaires ou spécifiques, tuberculose).

Hémi-paracousis dans un cas de fracture des deux rochers. — M. P. Bonnier. Chez un malade atteint de fracture des deux rochers, la dissociation très nette des signes fournis par l'examen fonctionnel des deux oreilles m'a permis de poser le diagnostic topographique de la double fissuration des rochers : le trait de fracture intéressant à droite la totalité du labyrinthe et à gauche l'effleurant au niveau du canal transversal pour atteindre surtout la caisse. Il y avait chez ce malade paracousis paradoxale à gauche seulement et limitée aux sons parvenant à la moitié gauche du corps.

Sur une forme d'hépatite toxico-infectieuse expérimentale. — MM. Phisalix et Claude. Après injections successives à certains animaux de petites doses de toxine du microbe de la septicémie du cobaye, nous avons obtenu des lésions hépatiques intéressantes, caractérisées par de la dégénérescence graisseuse de cet organe et reproduisant par places, d'une façon nette, le type du lobule interverti, avec espace porto-biliaire au centre et espaces veineux sus-hépatiques à la périphérie.

Influence de l'alitement sur la température des mélancoliques. — MM. Toulouse et Marchand. Nous avons étudié la façon dont peut se comporter la courbe de température chez deux malades mélancoliques, abandonnés, par périodes alternatives de quinze jours, à leur vie normale ou soumis au repos complet au lit. Dans ces conditions, il est possible de constater, durant les périodes de lever, une température moyennement plus basse que le taux normal et à peu près constante soir et matin, tandis qu'après alitement, la courbe thermique remonte au chiffre normal et présente des variations journalières plus accusées. Ces faits attestent de l'utilité de l'alitement prolongé dans le traitement de certains états neurasthéniques.

Sur l'agglutination du bacille de Nicolaïer. — M. J. Courmont (de Lyon). De nouvelles expériences entreprises à ce sujet m'ont montré que non seulement il n'y a pas de séro-diagnostic possible du tétanos pour les espèces normalement dépourvues de pouvoir agglutinant, comme le lapin, mais qu'il en est de même pour l'âne et le cheval. Le pouvoir agglutinant normal de ces derniers animaux (1/50 environ) n'est pas exagéré au cours du tétanos déclaré.

Chez les uns comme chez les autres, il est cependant possible de créer ou d'élever le taux agglutinatif par une immunisation solidement établie.

Gangrène de la verge chez un vieillard. — MM. A. Malherbe et V. Monnier (de Nantes). Nous venons d'observer un vieillard de quatre-vingts ans ayant présenté, outre un phimosis, une induration ligneuse tout le long des corps caverneux. Cette induration était consécutive à une ulcération gangreneuse à siège balanopréputial, ayant donné lieu à une suppuration abondante et fétide. L'évolution, marquée seulement par un certain état de cachexie et d'amaigrissement, est restée apyrétique.

L'examen extemporané du pus, les cultures aérobies et anaérobies ont permis de rapporter la cause de ce processus gangreneux à un petit diplo-bacille isolé à l'état de pureté, diplo-bacille très mobile, à forme parfois strepto-bacillaire, ne liquéifiant pas la gélatine, ne prenant pas le Gram, sans action sur la lactose, ne donnant pas lieu à la réaction de l'indol.

C'est un paracolobacille à ranger à la suite des cinq types paracolobacillaires de Gilbert et Lion.

Le résultat négatif des inoculations, en démontrant la non-virulence du pus, met en relief l'importance du terrain, la sénilité.

Extrait pituitaire et tension sanguine. — M. Livon (de Marseille) envoie une note concernant l'influence qu'exerce sur la pression sanguine l'injection intra-veineuse d'extrait pituitaire chez certains animaux.

Symphaticectomie expérimentale. — M. Vidal (de Périgueux) fait parvenir le résultat de ses recherches sur la sympaticectomie pratiquée chez le cobaye, dans le but d'entraver des crises épileptiformes consécutives à des injections de nicotine.

Parasitisme du cancer. — M. Fabre-Domergue transmet, au nom de M. Curtis, une note infirmant les conclusions de M. Bra (d'Alger) sur le parasitisme dans les néoplasmes cancéreux.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

3 mars 1899.

Des opérations pratiquées sur l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

M. Pinard rapporte d'abord l'observation d'une femme très forte, ayant déjà accouché à terme de six enfants vivants, et qui est morte, ainsi que son enfant, à cause de la dystocie créée par une opération sur le col utérin et sur le vagin, opération qui avait eu pour but de remédier à un prolapsus utérin. Au bout de six jours de travail, on parvint à extraire avec de grandes difficultés un enfant mort, la malade présentant déjà des symptômes très graves qui avaient fait porter le diagnostic de rupture utérine.

Ce diagnostic fut confirmé à l'autopsie, laquelle montra, en outre, la présence de très gros crins de Florence, rapprochant sur une grande étendue les parois du col utérin et la partie supérieure du vagin.

M. Pinard conclut de cette observation que le moment est venu d'ouvrir un chapitre intitulé : « Dystocie causée par les opérations pratiquées sur l'utérus et l'appareil génital ».

M. Pinard a recherché dans ses archives, et a trouvé trente-quatre observations de femmes traitées par les chirurgiens et qui ont réclamé ses soins.

De ces faits, il découle que les amputations du col et les opérations de Schroeder ne favorisent nullement la conception, et prédisposent à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Ces cols se dilatent d'ailleurs plus lentement au moment de l'accouchement.

Les hystéropexies et les opérations d'Alexander disposeront beaucoup aux présentations de l'épaule.

Quant aux laparotomies, elles auraient souvent pour effet d'empêcher la grossesse d'aller à terme; mais l'éventration consécutive serait tout à fait exceptionnelle.

M. Doléris fait remarquer que la malade de l'observation de M. Pinard a dû subir l'opération d'Emmet, qui est mauvaise dans ces cas.

De plus, l'opérateur a commis la faute lourde de laisser de gros crins s'éterniser dans le col utérin.

De ce qu'une mauvaise gynécologie provoque des désastres en obstétrique, on ne peut pas tirer de conclusions contre des interventions bien comprises.

M. Segond reconnaît qu'on a fait des excès fantastiques d'opérations de Schroeder; mais cette intervention peut avoir ses indications.

Pour lui, il est impossible de réunir dans un même chapitre les hystéropexies abdominales antérieures et les opérations d'Alexander, ces dernières ayant un caractère pour ainsi dire physiologique.

Quant aux ablations annexielles, leurs conséquences sont encore plus difficiles à préciser; elles méritent donc une place à part.

Observation d'appendicite supprimée au cours de la grossesse. — M. Segond rapporte l'histoire d'une appendicite qui fut diagnostiquée par M. Baudron par la simple constatation d'une douleur dans la fosse iliaque droite, avec météorisme léger et un peu de malaise, chez une femme de trente-quatre ans enceinte de cinq mois. M. Baudron étaya, en outre, son diagnostic sur des commémoratifs de douleurs abdominales qui, sous le nom de coliques hépatiques, ovaralgies, coliques néphrétiques, etc., pouvaient fort bien cacher un passé appendiculaire et qui aurait été méconnu.

L'intervention ne fut autorisée par la famille que quand la douleur dans la fosse iliaque droite devint très violente, que la température s'éleva en même temps que l'état général devint mauvais.

La laparotomie montra un ventre plein de vin et un petit appendice gangrené et perforé. Elle ne parvint pas à sauver la malade.

Cette observation s'ajoute à toutes les observations dans lesquelles les symptômes d'appendicite sont trompeurs.

Elle plaide en faveur de l'intervention rapide, suivant la formule de Dieulafoy, dès que le diagnostic est posé, sans qu'on constate aucun gâteau; car ce gâteau indique au contraire que le péritoine se défend.

Chez la femme grosse, l'intervention s'impose encore davantage, car le péritoine puerpéral est plus sensible, et l'empoisonnement par cette voie est plus rapide, à cause de l'absorption par les voies lymphatiques hypertrophiques et de l'absence d'exsudat plastique.

M. Legendre fait remarquer que le syndrome complet de M. Dieulafoy est très rare. Faut-il donc faire la laparotomie toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une douleur dans la fosse iliaque droite?

Dans un cas d'appendicite avec grossesse, qui a été opéré avec succès et publié, le diagnostic fut fait parce que le malade avait un passé appendiculaire; mais il n'en est pas toujours ainsi.

M. Quénu trouve que la douleur de la fosse iliaque droite est parfois un signe trompeur; car elle peut se rencontrer dans un grand nombre d'affections, et quelquefois seulement sous forme d'hypéresthésie cutanée, constituant ce qu'on a appelé l'appendicite fantôme.

Quant à ce mauvais état général particulier qu'invoquent les partisans de l'intervention à outrance, on a usqu'à présent négligé de le décrire.

M. Quénu conclut en disant que les médecins, et notamment les médecins d'enfants, devraient bien s'attacher à trouver des signes certains de l'appendicite.

MM. Schwartz et Nélaton apportent des observations dans lesquelles ils crurent trouver tous les signes de l'appendicite, et firent la laparotomie, qui ne leur montra rien du tout ou autre chose.

M. Pozzi se contente des signes cliniques actuels. Le point fixe extrêmement douloureux et constant, avec embarras gastrique fébrile, lui suffit pour décider la laparotomie d'urgence, et il n'a jamais eu lieu de s'en repentir.

M. Lepage fait remarquer que le grand pouvoir absorbant du péritoine chez la femme enceinte est prouvé par la fréquence de la stercorémie.

Il y a donc avantage à intervenir beaucoup plus volontiers que dans les autres cas, à cause de la difficulté du diagnostic et de la rapidité de l'intoxication. On peut ajouter que deux existences sont en jeu dans ce cas.

L. BOUCHACOURT.

PRATIQUE MÉDICALE

L'alimentation du nourrisson après le sevrage.

L'alimentation après le sevrage doit, d'après M. Comby, être une nourriture choisie et rationnée, comme celle des malades et des convalescents.

Quatre repas par jour (à 8 heures, à midi, à 4 heures, à 7 heures) suffisent. Tous les aliments seront cuits. La viande ne figurera pas dans l'alimentation de l'enfant sevré depuis peu, n'ayant pas atteint l'âge de trois ans; elle ne pourrait être autorisée que dans des conditions spéciales, comme médicament (viande crue, hachée, râpée ou pulpée).

Chez les nourrissons de douze à dix-huit mois, on donnera, répartis en quatre repas : un demi-litre de lait, un œuf, deux soupes épaisses, ou bouillies, ou panades ou purées de légumes secs, une ou deux cuillerées à potage de salades cuites ou de fruits cuits passés (pruneaux, marmelade de pommes), surtout s'il y a de la constipation. De dix-huit mois à deux ans, on donne, à la place d'un œuf, deux œufs, puis deux ou trois potages, des crèmes, des légumes en purée, etc. Après deux ans, l'enfant peut prendre trois œufs.

On s'abstiendra de sucreries et de pâtisseries, de vin et de boissons fermentées. Si l'enfant avait un dégoût invincible pour le lait, on lui donnerait de l'eau pure, filtrée ou bouillie (infusions de tilleul, de thé léger), ou faiblement minéralisée (Evian, Alet). On donnera à grignoter quelques biscuits ou croûtes de pain.

En somme, les aliments, graduellement augmentés, seront toujours de facile digestion, légers à l'estomac, laissant dans le tube digestif le minimum de résidus et de déchets inassimilables.

LIVRES NOUVEAUX

P. Morat et M. Doyon. — *Traité de physiologie*. Paris, 1899. (G. MASSON et C^{ie}, éditeurs).

Le volume que viennent de publier MM. Morat et Doyon est le premier d'une série dans laquelle sera passée en revue toute la physiologie. Il traite de la circulation et de la calorification. D'autres volumes suivront bientôt qui auront pour objet : la respiration, la digestion, l'absorption et l'excrétion; les fonctions de relation, les sens, le langage, l'expression, la locomotion; l'énergétique biologique, exposition des actes élémentaires de la vie et des données fondamentales de la nutrition; enfin, le système nerveux et le sang.

Le premier volume est divisé en deux parties : la circulation et la calorification.

La circulation comprend les circulations cardiaque, artérielle, capillaire, veineuse, et les circulations particulières : pulmonaire, cérébrale, musculaire, lymphatique.

La calorification comprend : l'origine de la chaleur chez les animaux; l'action de la chaleur sur les êtres vivants; la régulation de la température chez les animaux.

Les notions de physiologie exposées dans ces différents chapitres le sont d'une façon élémentaire et très claire, dans le but de rendre la physiologie familière aux étudiants et aux médecins.

Les étudiants trouveront dans cet ouvrage toutes les notions sur la vie normale, nécessaires pour comprendre le mécanisme des troubles pathologiques; bien des médecins y trouveront un enseignement qu'ils ont sans doute négligé de suivre au cours de leurs études.

Il serait à souhaiter, en effet, que l'on revint aux études de physiologie dont la nécessité, pour la pratique médi-

cale, est de plus en plus évidente; si le résultat n'est pas obtenu, ce ne sera pas la faute de MM. Morat et Doyon, qui ont fait tous leurs efforts pour « révéler dans le public médical le goût des choses de la physiologie, cette science, on peut le dire, si française, mais, depuis des années, si délaissée et si généralement ignorée parmi nous ».

Des figures nombreuses, dues à M. Devy, accompagnent le texte et l'éclaircissent. Texte et figures sont présentés avec cette clarté et ce goût artistique que l'on trouve toujours dans les publications de la maison d'édition G. Masson.

E. DE LAVARENNE.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 4 Mars. — MM. Leredde, 16. — Sallard, 17. — Papillon, 11. — Bergé, 16. — Gastou, 14.

5 Mars. — MM. Gallois, 18. — Pignol, 15. — Phulpin, 15. — Lafitte, 17. — Belin, 17. — Achaline, 18. — 7 Mars. — MM. Lamy, 19. — Coffin, 15. — Sergent, 16. — Legry, 16. — de Massary, 16. Prochaine séance (épreuve clinique), mercredi 8 Mars, à 5 h. 1/2, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le jury est provisoirement constitué ainsi qu'il suit : MM. Picqué, Labbé (Léon), Blum, Bazy, Polaillon, Lejars, Bergeron, N.-B. — M. Bergeron ne sera désigné que si M. Labbé et M. Polaillon refusent, un jury ne pouvant contenir plus de deux membres honoraires du corps médical des hôpitaux.

Concours pour une place d'interne à l'Hospice de Brevannes. — Le jury est constitué ainsi qu'il suit : MM. Bouloche, Rénon, Lyot.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — *Ordre du jour, séance du 9 Mars 1899* : MM. Jacquet : Présentation de malade; Legou : Actinomycose cervico-faciale; Balzer : Tumeur de la langue; Du Castel : Ulcère tropho-névrotique des membres inférieurs; A. Fournier : 1^o Gommages inguinales; 2^o présentation de malade; Gastou : 1^o Troubles trophiques des extrémités digitales chez un cardiaque; 2^o prurigo gestationnel; Hallopeau et Le Sourd : 1^o Chancres indurés de la paupière supérieure; 2^o Ulcération lépreuse. — Hallopeau et Lévi : Eruption pustuleuse provoquée par le haume du Pérou; Hallopeau : Sur une dermatite herpétiforme enrayée par les injections de sérum de lait.

Conférences de phonoscopie. — M. Félix REGNAULT fera, le dimanche 12 Mars, à 10 heures du matin, une conférence pratique de phonoscopie, 12, rue Boileau, à Auteuil.

Statistique médicale de l'armée pour 1896. — La 7^e direction du ministère de la guerre vient de publier cette statistique. Des observations recueillies par les médecins militaires, il résulte que la situation sanitaire de notre armée pendant l'année 1896 a été bien meilleure qu'au cours des deux années précédentes.

La morbidité générale n'a été que de 573 pour 1000; elle était de 631 en 1895 et de 592 en 1894. Le chiffre total des décès s'est élevé à 2,959 correspondant à une mortalité générale de 5,24 pour 1000, de beaucoup la plus basse qu'on ait observée dans l'armée. Les diminutions portent principalement sur la grippe, la fièvre typhoïde et les maladies aiguës de l'appareil pulmonaire.

Corps de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine :

Médecin principal, M. Gouzer, médecin de 1^{re} classe; médecin de 1^{re} classe, M. Sisco, médecin de 2^e classe.

Corps de santé des colonies. — Sont promus au grade de médecin de 1^{re} classe des colonies, les médecins de 2^e classe Gary, Hantz, Cordier, Castueil, Boury, Lefèvre, Morel, Bailly, Massion, Auzillon.

Étranger.

— Un comité autrichien vient de se constituer pour contribuer aux frais du monument qui sera élevé à Pelletier (1788-1842), le chimiste et pharmacien français, qui, le premier, réussit à extraire la quinine de l'écorce de quinquina. Cette statue sera inaugurée pendant l'Exposition de 1900.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Joseph de Maschka, professeur de médecine légale à l'Université allemande de Prague.

— A Londres est décédé M. Thomas Cooke, ancien professeur d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire à l'École de médecine de Londres, et chirurgien-adjoint à l'hôpital de Westminster. M. Cooke avait fait ses études médicales à Paris, était docteur en médecine de notre Faculté, et son « Esquisse d'une anatomie opératoire », publiée en français, avait obtenu une mention de l'Académie de médecine.

— On signale également la mort de M. William Rutherford, professeur de physiologie à l'Université d'Edimbourg.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARÉ.

Paris. — L. MATHIEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

- AVANTAGES DU Phosphotal** (Phosphite neutre de Créosote.)
- 1° Absence de causticité.
 - 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
 - 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosolées et phosphatées.
 - 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1888 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycérphosphate par verre à madère.
Régénère les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. Iodatum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande bouillie.

TUBERCULOSE PULMONAIRE
BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES
DILATATION DES BRONCHES
PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu
Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Chloro-Anémie
CONVALESCENCES
ATONIE

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de Fer
et Quassine Cristallisée.

Le plus Actif des Ferrugineux

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES



SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON

KELENE

Chlorure d'Éthyle pur". — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — Echantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.
22 et 24, PLACE VENDÔME

SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8, quai de Retz, LYON

TRIDIGESTIF GIGON TONIQUES AMERS et Ferments Digestifs acidifiés
Quinquinas, Coca, Colombo, Ecorces d'oranges amères, Pepsine, Diastase et Pancréatine.
DYSPEPSIE, GASTRALGIE, TROUBLES DE LA DIGESTION
DOSE : Un verre à liqueur de cet Elixir avant ou après chaque repas.
LE FLACON : 4 fr. 50. — Pharmacie GIGON, 7, Rue Coq-Héron, PARIS.

- GRANULÉE**
1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue... Le grand flacon 5 fr.
- DRAGÉES**
1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.
- ÉLIXIR**
On croit boire du Vin d'Espagne. 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.
- SIROP**
1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue... Le flacon 4 fr.



La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux — Médaille d'Or des Travaux chimiques

Délicieuse au goût

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée : Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPÔT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807 63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

A PROPOS DES PARASITES DU CANCER, par M. F. CURTIS. 117

MÉDECINE PRATIQUE

Le problème du traitement de la scoliose, par M. le professeur A. HOFFA (de Wurtzbourg) (avec 4 figures en noir) 118

ANALYSES

Chirurgie : L'opération de Chopart avec conservation des osselets dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied, par M. HOFMANN. — Deux cas de chylothorax d'origine traumatique, par HANDMANN 120

Maladies des enfants : Une localisation rare de la diphtérie, par M. A. MULLER 120

Neurologie et psychiatrie : Paralyse spinale de Brown-Séquard d'origine syphilitique, par M. MARIO TRUFFI 120

Maladies des voies urinaires : Des calculs de la région prostatique, par M. P. GUYON 120

Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire dans la classe pauvre, par M. M. LETULLE 94

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Sur l'appendicite, M. PICQUÉ, MM. BAZY, TUFFIER. — Traitement de l'appendicite, M. PICQUÉ, MM. KIRMISSON, MONOD, PEYROT, REYNIER, QUÉNU, ROTTIER, KIRMISSON, WALTER. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche par le procédé de Lorenz, M. RICARD. — Traitement du télanos, M. QUÉNU, MM. BERGER et PEYROT, CHAPUT et RICARD, LUCAS-CHAMPONNIÈRE. — Fracture de jambe, M. QUÉNU. — Actinomyose cervico-faciale, M. LEGUÉ. — Absus contre nature, GUYON, M. SCHWARTZ. — Adénome du rein, M. REYNIER 96

Société médicale des hôpitaux : Congestion pulmonaire à forme spléno-pneumonique remarquable par sa durée et par la persistance de la virulence du pneumocoque Talmon-Frankel pendant cette longue période, MM. CAUSSADE et LAUREY, MM. RENDU, VINCIGNI, LE GENDRE. — Entorse sacro-iliaque, M. GALLIARD, M. RAYMOND. — Ulcère métrite de l'estomac, M. FLORAND, M. RENDU 96

Société anatomique : Absès sous-phrénique, ouvert dans le péricarde et consécutif à un abcès perforant de l'estomac, MM. J. MALLET et SUREL. — Adénisme de la crosse de l'aorte rompu dans le péricarde, M. NICAISE. — Arthrite et péri-arthrite purulente à staphylocoques, après un traumatisme et sans porte d'entrée apparente, M. PAGNEZ. — Note complémentaire sur un cas de végétations polypeuses de l'aorte, M. TAENEL. — Kyste du prépuce, M. SACQUÉPÉ. — Étranglement de l'intestin dans une large perforation du mésentère, M. MAUCLAIRE 97

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Ulcérations tuberculeuses de la peau de la jambe suivies de tuberculose viscérale, M. DASTOS, MM. LEBLANC, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, BISSIERE. — Lymphangite ou hémangiome kystique de la langue, MM. BALZER et GAUCHERY. — Actinomyose cervico-faciale, MM. LEGUÉ et SALMON, MM. BESNIER, LEGUÉ. — Sur

un cas de dermatite herpétiforme sans éosinophilie améliorée par les injections intra-veineuses de sérum de lait, M. HALLOPEAU, MM. LEBLANC, BROGG. — Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant; lésions sanguines, MM. LEBLANC et DOMINICI. — Syphilis héréditaire tardive, M. BARTHÉLEMY, MM. FOURNIER, BISSIERE. — Dermite pustuleuse provoquée chez un enfant zéland par une friction avec le baume du Pérou, MM. HALLOPEAU et LÉRY. — Héredo-syphilis tardive; arthropathies et périostites guéries seulement par les injections sous-cutanées, M. BARRE 97

Société de pédiatrie : Paralysie des quatre membres et du tronc, M. SEVESTRE, M. HUTINEL. — Orchidopexie de testicule ectopie, M. VILLEMEN 98

Société d'ophtalmologie de Paris : Sarcome de la choroïde, M. CHEVALEREAU, MM. ANTONNELLI, CHEVALEREAU, GORECKI. — Sur une forme particulière d'infection cornéenne à type scripturaire, MM. MORAX et PETIT, MM. GORECKI, PÉCHIN, BOUCHERON, WULLOMENET, VALUDE, CHEVALEREAU, MORAX 98

Société de médecine et de chirurgie pratiques : Kérato-conjonctivite par chrysoarabine, M. ANTONNELLI 98

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine berlinoise : Propagation de la tuberculose, M. G. MEYER, MM. LAZARUS, FURRINGER 99

ILES BRITANNIQUES. — Société clinique de Londres : Hypertrophie unilatérale du sein par compression, M. CAHILL. — Myosite ossifiante progressive, M. CRAWFORD. — Paralyse congénitale, M. GUTHRIE. — Arthrite infectieuse chez un enfant, M. HUND. — Sclérose pulmonaire chez une tabétique, M. CALEY 99

ITALIE. — Académie des sciences médicales et naturelles de Ferrare : Formation du glucose dans le foie, M. E. CAVAZZANI. — Nouvelle méthode pour obtenir du liquide céphalo-rachidien, M. CAVAZZANI. — Origine microbienne du délire aigu, M. CAPPELLETTI 99

Académie de médecine de Siéne : Altérations des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque, M. BARBACCI. — Une maladie chronique de la moelle des souris blanches due à un diplocoque, M. MOURGEO 99

Académie de médecine de Turin : Nouvelle méthode d'aussultation de l'apophyse mastoïde, M. OSTINO. — Le sérum du sang de lamproie, MM. GIOGOSA et BOFFA. — La réparation des os; étude expérimentale, M. VALAN 99

RUSSIE. — Société des neurologistes et des aliénistes de la Faculté de Moscou : Pathogénie des difformités du système nerveux central, M. N. SOLOWZOFF, M. MOHRSTOFF. — Lésions de l'écorce dans l'intoxication saturnine, M. RIBAKOFF 99

ÉTATS-UNIS. — Société pathologique de New-York : Rupture de la vessie, M. HOBENPFL. — Rate accessoire dans le pancréas, M. FREEMAN. — Syphilis pulmonaire, M. HOBENPFL 99

PRATIQUE MÉDICALE

La saignée dans le coup de chaleur à forme comateuse 100

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies du foie et du pancréas, par M. LANGERBEAUX 100

Voir les Nouvelles à la dernière page.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DANS LA CLASSE PAUVRE

Il n'y a pas encore vingt ans, le monde médical de tous les pays était à peu près unanime à ne pas admettre la contagiosité de la tuberculose. Les admirables travaux de Villemin, venus trop tôt, laissaient désarmés ses plus enthousiastes défenseurs. En isolant le bacille tuberculeux et en donnant, à l'heure propice, la démonstration irréfutable de la nature vivante du tubercule, Koch ouvrit, enfin, l'ère nouvelle.

Aujourd'hui, la question de la prophylaxie de la tuberculose domine toutes les autres questions d'hygiène sociale. L'humanité cherche les moyens de se défendre contre l'ennemi commun, mille fois plus meurtrier que le choléra, la peste ou la fièvre jaune. La lutte contre la Tuberculose est internationale, et l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Océanie ont entamé vigoureusement le bon combat.

Comment peut-on se protéger contre les poussières et contre les aliments bacillifères, et pour circonscrire les débats au sujet le plus urgent, le plus complexe aussi, comment lutter contre la tuberculose pulmonaire? Les aliments chargés de bacilles, le lait, le beurre, les viandes, en effet, sont rendus stériles par la cuisson à une température suffisante. Ainsi, au moins en théorie, la prophylaxie contre les aliments tuberculeux est toujours et partout réalisable. On n'en peut pas dire autant, ni des poussières chargées de bacilles tuberculeux qui infestent les grandes villes, ni des individus frappés par la phthisie pulmonaire et expectorant, au hasard du chemin, leurs crachats virulents, source inépuisable du contagé.

Certes, il est douloureux de le constater, l'homme tuberculeux est un danger pour la société. De là à en faire un paria, comme on l'observe dans nombre de familles, depuis que la notion de la contagiosité du bacille s'est répandue par le monde, il y a un abîme.

L'individu riche, qui peut se soigner, mieux préparé par son éducation antérieure aux lois de l'hygiène individuelle, sait se soumettre aux précautions prophylactiques si simples que le médecin hygiéniste lui propose. Il lui suffit de recueillir méthodiquement ses crachats (dans lesquels la

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRATE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Retablit les forces Stimule l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 29, Pl. des Vosges et Ph^o.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 20, 11 MARS 1899.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

présence du bacille est d'une constatation facile) dans un crachoir additionné de liquide et dont la toilette méticuleuse est bien faite plusieurs fois par jour. Jamais plus donc ce bacillaire riche ne crachera dans un mouchoir; sa bouche est soigneusement entretenue; aux repas et ailleurs, après la quinte de toux et après l'expectoration, ses lèvres sont minutieusement essuyées à l'aide de l'un quelconque de ces papiers japonais qui, ne servant qu'une fois, sont aussitôt détruits par le feu ou noyés dans un vase approprié.

Même cavitaire, notre tuberculeux n'est d'aucun danger pour son entourage, à plus forte raison pour la société, et la blanchisseuse qui lave son linge n'a pas à redouter la terrible contagion. La ville qu'il habite n'a rien à craindre de lui : c'est lui, tout au contraire, qui souffre par elle, à cause des innombrables poussières atmosphériques qu'il y respire, de sorte qu'il fuira, sitôt que les conseils de son médecin l'auront engagé à s'exiler à la campagne.

Pour la classe des riches, pour les personnes aisées, la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire est donc tout individuelle. Le malade fait à ses dépens les frais de sa maladie et de son traitement. Ne mettant en circulation aucun des bacilles qui ont pullulé dans ses poumons, détruisant lui-même ses crachats avant de les jeter à l'égoût, il représente, au point de vue de l'hygiène sociale, une quantité négligeable. La communauté n'a rien à lui demander, sinon de se conformer aux règlements sanitaires en usage. Lui, par contre (nous parlons des principes et non de leur application) a le droit d'exiger d'elle la réciprocité : l'un ne doit pas nuire à l'autre.

Est-ce ainsi que les choses se passent? Pour le savoir, voyons ce que la société fait en faveur de la classe pauvre.

Les pauvres, c'est-à-dire la masse immense, presque innombrable des travailleurs, de ceux qui vivent au jour le jour et gagnent leur vie au prix de quels efforts! Ces pauvres ne peuvent, en aucune façon, se protéger, comme les riches, contre la tuberculose. Leurs moyens de défense individuels sont, en France du moins, nuls encore ou presque nuls, car ils ignorent même les premières notions d'hygiène prophylactique. Pour ne parler que de Paris, qui leur montre les dangers des crachats tuberculeux? Quand la phthisie pulmonaire les met à bout, qui les recueille, les isole et leur assure les merveilleux et indiscutables moyens du traitement hygiénique? où et comment leur procure-t-on la triple cure, d'air pur, de repos complet et de généreuse alimentation?

Commençons par la prophylaxie urbaine; nous verrons ensuite l'hospitalière. Tous les hygiénistes du monde proclament que la contagion de la tuberculose pulmonaire s'exerce par les crachats; tous reconnaissent que le seul moyen, pratique et peu coûteux, d'éviter la dissémination des poussières bacillifères est de recueillir les crachats, tous les crachats sans distinction d'origine, d'empêcher leur dessiccation et de hâter leur destruction. Si, par un coup de magie, tous les habitants de Paris, d'un commun accord, cessaient d'expectorer par terre, dans leurs mouchoirs, serviettes et autres objets, pour le restant de leurs jours, et s'ils pouvaient imposer à leurs héritiers la même propreté pratique, en d'autres termes, si les crachoirs nationaux et les crachoirs individuels se substituaient à la pratique ignoble du crachat à terre, on peut affirmer que la mortalité par tuberculose pulmonaire deviendrait, à Paris, une exceptionnelle rareté. Mais pour qu'une pareille révolution se produise, il faudrait trop de bonnes volontés, trop d'héroïsme de la part des Pouvoirs publics, de l'Autorité, de l'Administration et des individus. Ce serait un cataclysme. Cracher partout et sur tout est une tradition presque nationale; bien plus, c'est une habitude invétérée contre laquelle une réforme de nos mœurs ne servira de rien, tant que la masse du public ne sera pas convaincue.

Et cependant on pourrait, sans grands efforts, arriver à corriger, d'abord en partie, puis en général, cette coutume vraiment meurtrière, qui consiste à jeter sur tout le monde les produits de l'expectoration pulmonaire. Les Pouvoirs publics n'auraient qu'à continuer la campagne déjà commencée, par exemple, dans les omnibus, au nom du Comité d'hygiène et de salubrité. Là, on défend de cracher sur le plancher de la voiture, et cette simple note, bien acceptée du grand public, a produit son effet.

Ces demi-mesures ne sont pas suffisantes; un seul moyen, énorme d'effet et gros de conséquences existe : c'est la mise en batterie des crachoirs.

Il faut, de toute nécessité, que l'Administration, les mairies, les gares de chemins de fer, les banques, les Facultés (y compris celle de Médecine, qui n'a pas encore de crachoirs, pas plus dans ses escaliers que dans ses salles de cours ou d'examen!), les églises et les temples, aussi bien que les théâtres, les casernes et les jardins publics exposent à tout venant, bien en vue, à profusion et à bonne hauteur, leurs crachoirs hygiéniques à demi remplis de liquide. Seule, cette leçon de choses, critiquée d'abord, sinon même chansonnée et ridiculisée, demeurera la sauvegarde des lois d'hygiène sociale. Crachez dans les crachoirs et pas autour d'eux; et l'on vous imitera aussi bien dans les grands magasins que dans les fabriques, à l'atelier qu'au bureau.

Tant que cette réforme ne sera pas en vigueur à Paris, rien ne sera fait. Une fois réalisée chez nous, toutes les villes de France nous imiteront, pour le plus grand bien de nos compatriotes, et notre mortalité de 125,000 tuberculeux par an diminuera aussitôt dans des proportions invraisemblables. En attendant ces beaux jours, le Français, né sentimentalement, continuera à vivre, travailler, souffrir et mourir sceptique.

Et maintenant, jetons un coup d'œil sur l'hygiène prophylactique des tuberculeux pauvres, tant chez eux qu'à l'hôpital. Tant qu'il le peut, l'ouvrier parisien touché par la tuberculose pulmonaire ne s'arrête pas; il travaille jusqu'aux derniers jours. La raison de ce courage est double : il a derrière lui, le plus souvent, femme et enfants qu'il fait vivre; sa femme ne pouvant subvenir à elle seule aux frais du ménage, il lutte jusqu'à la fin. De plus, l'hôpital tel qu'il existe lui fait peur, ou mieux encore ne lui dit rien; il sait que les poitrinaires, à l'hôpital, sont abandonnés presque toujours, heureux encore quand ils sont conservés dans les services jusqu'à l'heure de leur belle mort. Chez lui, l'ouvrier bacillaire crache partout, comme il le faisait, sain, à l'atelier, au cabaret, dans la rue. Il sème donc la mort dans son entourage.

Aussi la tuberculose familiale et la méningite tuberculeuse des enfants du peuple font-elles rage, comme on sait, à Paris.

Quand la misère arrive, et que le médecin du bureau de bienfaisance a passé, les difficultés ne sont pas moindres, au point de vue de la prophylaxie. On sait, par les efforts intéressants et inlassables de notre confrère A.-J. Martin, quels impédiments amène avec lui et laisse après lui le service de désinfection de la Ville de Paris. Les voisins du malade, le concierge, le propriétaire, le considèrent comme un pestiféré, cet homme malade chez lequel viennent et reviennent les crachoirs et les voitures de la ville!

A l'hôpital, où il finit bien par aller mourir, que se passe-t-il? Je n'ai pas à refaire, pour les lecteurs de *La Presse Médicale*, la triste odyssée du tuberculeux parisien hospitalisé. Il me suffit de considérer, avec tous les médecins qui s'occupent de phthisiothérapie, les deux groupes de tuberculeux appartenant à la classe pauvre et venant se confier à l'Assistance publique parisienne. Ce n'est pas ici le moment de m'occuper des autres villes de France, non plus que de l'ensemble du territoire. Les tuberculeux hospitalisés se divisent, d'eux-mêmes, en deux catégories : dans la première figurent les phthisiques avancés, cavitaires, incurables, avec ou sans quelque une de ces nombreuses complications, qui sont comme les satellites de la bacillose pulmonaire (pneumo-thorax, pleurésie purulente caséuse, entérite, péritonite, mal de Pott, etc.); dans la seconde se placent les cas de tuberculose non encore ouverte ou à peine ouverte, hémoptoïque ou non, éréthique, floride, ou lymphatique, suivant les cas. Aux premiers de ces malades l'hôpital doit, avant tout, un lit d'urgence, puis des soins appropriés, mais simples, tels qu'on les accorderait à tout chronique, tant en médecine qu'en chirurgie. Un cardiaque mitral asystolique a les mêmes droits que de tels patients, mais comme il n'offre pas les mêmes dangers de contamination, il n'a pas besoin d'être isolé.

L'isolement de la phthisie pulmonaire bacillaire ouverte est un principe absolu d'hygiène hospitalière auquel nul ne doit se soustraire.

L'Administration de l'Assistance publique, en dé-

crétant, il y a quelques mois, cet isolement, a donc fait son devoir, tout son devoir, rien que son devoir. L'application de ce principe, la technique de l'isolement des phthisiques hospitalisés, est plus délicate comme manœuvre, et la formule pratique demeure encore à trouver. L'expérience des services de Lariboisière et de Boucicaut n'est pas définitive et a besoin d'un correctif.

Ce correctif, je le trouve précisément dans les devoirs de l'Administration de l'Assistance publique à l'égard des tuberculeux non ouvertes ou peu ouvertes, en un mot à l'égard des tuberculeux encore curables qui entrent, chaque jour, dans nos hôpitaux. A ceux-là, des soins spéciaux sont nécessaires; la cure hygiénique s'impose, et, par cette expression, il faut entendre l'ensemble des mesures tant hygiéniques que prophylactiques obligatoires. De même que tous les autres malades, atteints de quelque affection que ce soit, doivent être à l'abri des crachats bacillifères expectorés par les phthisiques incurables de la première catégorie, de même nos tuberculeux encore curables ont le droit d'exiger de ne pas être mélangés avec les cavitaires. On aura beau prendre toutes les précautions officielles contre la dessiccation des crachats, les grands malades cracheront partout, même dans les services d'isolement les mieux organisés, les plus sévèrement surveillés. Et les tuberculeux curables, couchés pêle-mêle au milieu des incurables en souffriront matériellement, et même moralement.

Si l'on veut, d'une façon bien sincère, et entraîné par la foi nouvelle, s'occuper des tuberculeux curables hospitalisés, ce n'est pas en créant pour eux des services d'isolement dans les hôpitaux de Paris qu'on pourra se flatter d'avoir accompli la réforme tant demandée par tout le monde.

Un sanatorium pour tuberculeux curables ne doit pas se construire à Paris, au milieu des tourbillons de poussières soulevées par deux millions et demi d'hommes, sans compter les animaux domestiques qui fourmillent dans la Ville monstrueuse. La cure du tuberculeux doit, de toute nécessité, se faire loin de la ville, hors de sa sphère morbifique, sur les hauteurs, aux champs, à l'air pur. Voilà une vérité, banale à force d'être redite sur tous les tons, par tous les hygiénistes. *On ne traite pas la tuberculose pulmonaire dans une ville impure, comme l'est Paris, Vienne ou Berlin.*

La cure de repos serait-elle possible dans ces salles d'hôpital où la mixture des deux groupes de bacillaires a lieu? En aucune façon. Sur 12 ou 20 malades qui toussent à l'envi, les curables peuvent-ils dormir, se reposer, sommeiller, s'étendre en toute tranquillité le jour, se détendre en silence la nuit? Cruelle situation, inextricable au dire de quelques auteurs, puisque les phthisiques pauvres ne peuvent trouver, à Paris, actuellement, les chambres isolées ou les petites salles de trois et quatre lits, où ils auraient le calme et le repos tant nécessaires.

Et la cure d'alimentation reconstituante, la peuvent-ils pratiquer dans nos hôpitaux? Pas davantage. Je l'ai dit, redit, démontré péremptoirement, l'Administration de l'Assistance publique parisienne n'a les moyens d'assurer à ses 3 ou 4 mille indigents tuberculeux encore curables ni les bienfaits de la cure alimentaire, ni ceux de la cure de repos (trop coûteuse pour le malade immobilisé et pour l'Assistance), ni, enfin, ceux de la cure d'air pur, *Paris étant une atmosphère fatalement viciée.*

Concluons. Si l'Assistance publique peut ouvrir l'ère des réformes concernant la tuberculose pulmonaire, et qu'elle le veuille, elle devra opérer simultanément une triple série de travaux :

1° Assurer, dans les différents hôpitaux susceptibles d'un tel remaniement, l'aménagement de services spéciaux, aseptiques, parfaitement organisés au point de vue de l'hygiène hospitalière et de la prophylaxie des crachats, services petits, par salles contenant peu de lits, où les phthisiques incurables recevront tous les soins communs que comporte leur maladie chronique, et où ils pourront mourir en paix, sans avoir l'impression douloureuse d'une léproserie d'où personne ne doit sortir. Là, la triple cure hygiénique est inutile : elle nécessiterait des

I. M. LETULLE. — « Le tuberculeux parisien à l'hôpital (services spéciaux d'isolement et traitement hygiénique). » *La Presse Médicale*, 1898, 24 Décembre, n° 105, p. 192.

dépenses colossales, en disproportion avec les résultats qu'on obtiendrait par hasard, quelquefois un cavaire parvenant de temps à autre à déjouer les pronostics les plus sombres.

2° Créer, pour ceux des tuberculeux encore curables qui ne peuvent ou ne veulent point quitter Paris et aller aux sanatoriums, de petits pavillons bien aménagés où les malades, peu nombreux, pratiqueront, dans des conditions forcément très défavorables, l'essai loyal de la cure d'air, de repos et d'alimentation. Mais, il sera bien entendu que ces petits sanatoriums intra-hospitaliers, ces demi-sanatoriums ne seront que des *pis-aller*, voire même des pavillons d'attente d'où les indigents tuberculeux curables seront, aussi vite que possible, transférés aux sanatoriums extra-urbains.

3° Réserver à la création de ces sanatoriums campagnards le plus gros morceau du budget accordé à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose pulmonaire des indigents. Le sanatorium d'Angicourt, beaucoup trop coûteux (au point qu'il n'arrive pas à s'ouvrir), est d'un mauvais exemple. Les vrais sanatoriums populaires pour tuberculeux pauvres sortent partout de terre, en Suisse, en Allemagne, aux Etats-Unis. Ils ne sont pas luxueux, mais contiennent de nombreuses places, ce qui est mieux, et, de la sorte, ils sauvent des milliers d'individus. En France, à l'heure actuelle, sans compter l'œuvre des enfants tuberculeux qui, sous l'impulsion de M. Léon Petit, a accompli des miracles, il n'y a qu'un seul sanatorium populaire pour adultes qui fonctionne, celui de Cimiez, fondé par des israélites charitables; il a 20 lits. Lyon, qui est à la tête du mouvement quand il s'agit d'œuvres d'assistance, a trouvé le moyen d'élever en quelques mois le sanatorium de Hauteville qui va fonctionner avec 100 lits. Amiens, le Havre, Rouen, Orléans, ont suivi le mouvement et s'empressent, à l'envi, d'organiser des sanatoriums populaires. Paris, lui, reste silencieux, avec Angicourt et ses futurs 200 lits!!

On le voit, par ce court exposé, l'œuvre de la prophylaxie et de la cure hygiénique des tuberculeux pauvres, si capitale, puisqu'il y va, rien qu'à Paris, de la vie de milliers d'individus, commence à peine chez nous, alors qu'elle bat son plein chez nos voisins de l'Est. Elle est toute d'actualité cependant pour les Parisiens qui, riches et pauvres, meurent victimes de l'incurie de l'Administration, en attendant les miracles qui naissent de l'initiative privée.

Que l'Etat donne l'exemple de l'hygiène prophylactique, et les collectivités suivront. Mais, par contre, que les âmes généreuses et riches agissent en créant des sanatoriums populaires, et l'Etat ainsi que l'Administration, entraînés par le bon exemple, marcheront à leur tour. A chacun donc d'agir, selon ses moyens, soit en prêchant la bonne parole, soit en apportant son obole. Ainsi arriveront les jours meilleurs, où la solidarité humaine réalisera les prodiges annoncés et promis, et où la vie du pauvre et celle du riche auront la même valeur et seront assurées de la même protection sociale.

M. LETULLE.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 Mars 1899.

Sur l'appendicite. — M. Picqué. L'appendicite peut présenter des difficultés de diagnostic sur lesquels M. Gérard-Marchant a attiré l'attention. J'insisterai seulement sur ces malades qui présentent, en même temps que des symptômes d'hystérie, des points douloureux dans la fosse iliaque. Deux fois je suis intervenu dans ces conditions et j'ai trouvé des lésions appendiculaires. Une fois, je me suis abstenue, le traitement hydrothermique ayant suffi pour faire disparaître ces accidents.

M. Bazy. J'ai vu, il y a trois ans, une malade atteinte brusquement, au cours de son voyage de noces, de douleurs dans la fosse iliaque que l'on rattachait à une appendicite. J'ai infirmé ce diagnostic, n'ai pas opéré et ma malade a guéri et est restée guérie.

M. Tuffier. Il est bien entendu que le diagnostic commande seul l'intervention. Mais on peut se tromper, et j'ai récemment opéré un malade chez lequel le dia-

gnostic d'appendicite avait été porté par un médecin des hôpitaux, et qui était atteint de fièvre typhoïde. Ce malade a, d'ailleurs, guéri et de son opération et de sa fièvre typhoïde.

Traitement de l'appendicite. — M. Picqué. Je me contenterai de faire une simple remarque, à savoir qu'on tend à regarder l'existence, lors de l'ouverture du ventre, d'un liquide louche, en plus ou moins grande abondance, comme la preuve irréfutable que l'intervention était justifiée d'urgence. Je crois que cette déduction n'est pas fatalement à tirer, et il serait nécessaire de faire quelques examens de cette sérosité louche pour pouvoir conclure avec raisons à l'appui.

M. Kirmisson. Dans le cas de M. Tuffier, la température était à 41°.5. Or, cette élévation de température n'est pas à arguer en faveur de la septicité des lésions. Pour ma part, j'ai toujours vu, au contraire, les formes les plus septiques s'accompagner d'hypothermie.

M. Monod. A propos du malade de M. Tuffier, je désire ajouter que j'avais vu le malade l'après-midi et que je n'avais pas cru devoir porter le diagnostic d'appendicite. Le soir, l'état étant moins satisfaisant, le médecin me fit appeler de nouveau et ne me trouva pas; c'est alors qu'il fit prévenir M. Tuffier, qui nous a donné la suite de l'observation.

M. Peyrot. J'ai observé dans mon service, à Lariboisière, 102 cas d'appendicite : 71 hommes et 31 femmes. J'ai opéré 76 malades, dont 23 étaient atteints de péritonite généralisée. Ce chiffre de 23 indique une proportion effrayante de péritonites diffuses consécutives à l'appendicite. Car, en admettant même que les médecins qui ont soigné, avant de me les confier, ces 102 cas d'appendicite, en aient guéri une cinquantaine d'autres par le traitement médical simple qu'ils ont institué, il n'en reste pas moins évident que 23 sur 150 constitue une proportion effrayante. Et, d'autre part, si on avait opéré d'emblée ces 150 cas, on n'eût certes pas pu relever 23 cas de mort opératoire.

Voilà donc un très gros argument en faveur de l'intervention rapide. Au surplus, tout le monde est d'accord pour proclamer la nécessité de l'extirpation de tout appendice malade. La seule raison pour attendre est que l'opération à froid serait moins grave, ce que je conteste.

Je n'insiste pas sur le diagnostic, et les cas dont a parlé M. Gérard-Marchant ne sauraient me convaincre de la difficulté du diagnostic dans la très grande majorité des cas. D'ailleurs, se tromperait-on que tout ne serait pas perdu; et ne se trompe-t-on pas pour d'autres affections! Enfin, l'intervention, même en cas d'erreur, peut être utile, et j'ai eu l'occasion d'enlever une salpingite suppurée chez une femme que je croyais atteinte d'appendicite. Mon diagnostic avait donc été faux, et pourtant mon intervention fut des plus utiles à la malade.

Sur mes 76 opérés, 23, ai-je dit, étaient atteints de péritonite généralisée : de ces 23, 20 ont succombé. Chez les 53 autres, il y avait une suppuration limitée; 26 fois j'ai dû me contenter de l'ouverture simple des abcès sans extirpation de l'appendice, et, dans ces 26 cas, j'ai dû intervenir secondairement trois fois, ce qui montre que l'extirpation de l'appendice est utile à pratiquer. J'ai perdu deux malades, l'une de pneumonie infectieuse au huitième jour et l'autre d'accidents péritoneaux, le deuxième jour. Ces deux insuccès ne sauraient être attribués à l'opération; ils relèvent seulement des lésions déterminées par l'appendicite; les malades étaient trop profondément atteintes pour être encore sauvées par l'opération.

Mon observation me conduit donc à penser que l'intervention à chaud n'est pas grave, et qu'elle seule permettra de sauver presque tous les malades et préviendra l'écllosion des graves accidents de la péritonite septique.

Or, ces accidents sont fréquents après la temporisation; témoin les 23 cas de péritonite suppurée que j'ai observés dans ces conditions.

Il n'y aurait donc, à mon sens, que l'éventration possible qui rendit l'intervention à chaud inférieure à l'intervention à froid. Mais c'est là un accident somme toute rare et, en tous cas, de peu de gravité.

Je conclusai donc : 1° le traitement de l'appendicite ne doit jamais être médical; 2° tous les médecins doivent avoir pour but de faire pratiquer, dès le début, dès les premières heures, l'ablation de l'appendice; 3° quel que soit le moment où l'on intervienne, l'opération hâtive est toujours supérieure à l'opération retardée.

M. Reynier. La proportion de 23 cas de péritonite généralisée sur 76 cas, donnée par M. Peyrot, me paraît le résultat d'une série de coïncidences. Pour ma part, sur 78 cas, je n'en ai vu que 9.

Je rappelle que de ces 9 cas de péritonite septique, j'en ai opéré d'urgence 5, et mes 5 malades ont succombé. Pour les 4 autres, l'état était tellement mauvais que j'ai attendu un jour ou deux, commençant d'abord par un traitement médical : caféine, sérum, glace, etc. Or, ces 4 malades ont pu guérir après l'intervention.

M. Quénu. Je persiste à dire qu'avant d'affirmer que l'intervention à chaud des premières heures a plus de gravité que l'intervention à froid, il faut réunir de nombreux faits pour certifier la véracité de cette opinion. Pour ma part, j'attends ces faits pour prendre parti dans le débat.

M. Routier. Voici encore un cas d'appendicite traitée dès les premières heures : un enfant à 40° le matin; le

soir, il a 40°7 et 146 de pouls. Je l'opère à minuit et trouve un appendice libre avec seulement quelques stries hémorragiques. Le lendemain, l'enfant avait 37°. L'opération a été des plus simples.

M. Kirmisson. A l'appui de la fréquence des péritonites généralisées au cours de l'appendicite, sur laquelle vient d'insister M. Peyrot, je rappelle qu'en 1898 j'en ai observé 12 cas dans mon service, tous opérés, et tous morts. Depuis le 1^{er} Janvier 1899, j'en ai vu 4 nouveaux cas, suivis également de mort après opération, soit 16 cas avec 16 morts en quinze mois.

M. Walther. Quand on peut opérer dès les premières heures, je pense qu'il est utile de n'instituer aucun traitement médical. C'est ainsi que je suis intervenu quelquefois dans les vingt-quatre premières heures; j'ai même dû, une fois, opérer dès la quatrième heure, chez une femme qui présentait cette particularité curieuse d'avoir, consécutif à son début d'appendicite, du spasme de la glotte. Tous mes malades ont guéri.

Au deuxième, troisième jour, à moins d'accidents graves, je crois en revanche qu'on peut attendre pour bien laisser se limiter les lésions.

Traitement de la luxation congénitale par le procédé de Lorenz. — M. Ricard. A propos de la communication de M. Kirmisson, je rapporterais trois observations de luxation congénitale que j'ai traitées par le procédé de Lorenz. Dans un cas, j'ai senti très nettement la réduction de la tête dans la cavité coxale; dans les deux autres je n'ai pu obtenir de réduction véritable.

Traitement du tétanos. — M. Quénu fait un rapport sur cinq observations de tétanos traitées par les injections intra-cérébrales antitétaniques, dont deux personnelles, les trois autres étant dues à MM. Boursier, Veslin, Larrieu. Tous les malades sont morts.

MM. Berger et Peyrot recommandent, à ce propos, l'éradication du foyer infecté, qui leur paraît avoir donné quelques succès.

MM. Chaput et Ricard relatent encore chacun un cas de mort après l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

M. Lucas-Championnière dit qu'actuellement, il n'y a pas de traitement de tétanos à recommander, et qu'on ne saurait, en cas d'échec, reprocher à un médecin d'avoir eu recours à une thérapeutique plutôt qu'à une autre.

Fracture de jambe. — M. Quénu présente un malade qu'il a guéri d'une fracture de jambe en V, dont les fragments étaient impossibles à maintenir réduits dans l'extension, en plaçant la jambe à angle droit sur la cuisse.

Actinomyose cervico-faciale. — M. Legueu présente un cas d'actinomyose cervico-faciale diagnostiqué par l'examen bactériologique. L'iode de potassium a amené une amélioration mais non une guérison.

Anus contre nature; guérison. — M. Schwartz présente une femme chez laquelle il a traité avec succès un anus contre nature, consécutif à une hernie étranglée sphacelée, par une entéro-anastomose pratiquée dans des circonstances toutes particulières.

Adénome du rein. — M. Reynier présente un rein atteint d'adénome qu'il a extirpé le 9 Janvier 1899. Le malade était atteint d'hémorragies graves.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Mars 1899.

Congestion pulmonaire à forme spléno-pneumonique remarquable par sa durée et par la persistance de la virulence du pneumocoque Talamon-Frankel pendant cette longue période. —

MM. Caussade et Laubry présentent à la Société l'observation d'une congestion pulmonaire massive, siégeant à gauche et qui, au début, simule un vaste épanchement de la plèvre; puis se montrent de véritables signes de la congestion, et, insensiblement, par tranches successives, par fragments, le poumon se dégage d'abord au sommet, puis dans son tiers supérieur, puis dans sa partie moyenne, puis, finalement, à sa base. Pendant que ces phénomènes de retrait se produisent à gauche, la congestion reprend à droite et de bas en haut, pour se localiser et s'immobiliser dans le tiers inférieur seul du poumon.

Le premier foyer global de tout le poumon gauche a une durée de trois mois et demi, le second de deux mois et demi. Pendant cette longue période, le pneumocoque de Talamon-Frankel est l'agent pathogène de cette affection; il est resté virulent pendant trois mois.

M. Rendu. La spléno-pneumonie décrite par M. Caussade est spéciale, et il serait dangereux de généraliser. Le plus souvent, les défervescences se font plus rapidement que tranche par tranche. Quant à l'agent microbien, tout le monde est maintenant d'accord sur ce fait que, le plus souvent, c'est le pneumocoque qui est en cause.

M. Vincent. Habituellement, le pneumocoque n'a qu'une virulence passagère, surtout lorsqu'il produit la pneumococcie type, la pneumonie franche. Mais lorsqu'il cause la spléno-pneumonie ou la broncho-pneumonie, la

durée de sa virulence est singulièrement augmentée, elle peut durer plusieurs semaines.

M. Le Gendre fait remarquer la différence qui existe entre les pneumonies actuelles et celles observées il y a une quinzaine d'années. Maintenant, les pneumonies traînent en longueur; les broncho-pneumonies ou les spléno-pneumonies sont beaucoup plus fréquentes. Peut-être la grippe est-elle cause de cette transformation.

Entorse sacro-iliaque. — **M. Galliard** résume l'observation d'un cas d'entorse sacro-iliaque prise pour un lumbago. Le diagnostic vrai se fit par la localisation de la douleur. Cette entorse guérit en huit jours sous l'influence du repos au lit. Mais comme complication ultérieure existèrent des douleurs et des parésies limitées dans la région postérieure de la cuisse.

M. Raymond. Il devait s'agir, dans ce cas, soit d'une hémorragie dans le cône terminal, soit plus vraisemblablement de névrite radiculaire intéressant le petit sciatique. De nouveaux renseignements seront nécessaires pour fixer ce diagnostic.

Ulçère méconnu de l'estomac. — **M. Florand** rapporte l'observation d'un malade souffrant de violentes douleurs dans l'abdomen, dans la poitrine, avec irradiations dans les épaules et dans les bras. Dans plusieurs services, on suspecta la véacité des dires du malade. Cependant, après une crise douloureuse plus violente que les autres, le malade mourut. On trouva, à l'autopsie, un ulcère stomacal. Cet ulcère ne s'était donc traduit par aucun des signes habituels.

M. Rendu a noté les irradiations douloureuses simulant l'angine de poitrine; ce fait se rencontre dans quelques cas d'ulcère calleux de la petite courbure.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

10 Mars 1899.

Abcès sous-phrénique ouvert dans le péricarde et consécutif à un ulcère perforant de l'estomac.

— **MM. J. Mallet** et **Surrel** présentent les pièces d'une malade qui a succombé, dans le service de **M. Laurent** à l'hôpital de Versailles, à un abcès gazeux développé entre le lobe gauche du foie et le diaphragme; cet abcès communiquait, d'une part, avec la cavité du péricarde par un orifice arrondi creusé dans le centre aponévrotique du diaphragme, et, d'autre part, avec la cavité gastrique par une perforation à l'emporte-pièce occupant la paroi postérieure de l'estomac.

Anévrysme de la crosse de l'aorte rompu dans le péricarde. — **M. Nicaise** montre le cœur d'un malade chez lequel un double souffle et un double battement avaient fait diagnostiquer un anévrysme de la crosse aortique, et qui mourut, une nuit, subitement.

À l'autopsie, on trouva un hémopéricarde relevant d'une rupture fissuraire de la crosse; l'anévrysme, circonscrit, s'était d'abord ouvert entre les tuniques de l'aorte; il se développa un anévrysme disséquant, lequel s'ouvrit, en un second temps, dans la cavité péricardique.

Arthrite et péri-arthrite purulente, à staphylocoques, après un traumatisme et sans porte d'entrée apparente. — **M. Pagnez** apporte les os de la région de l'épaule d'un malade qui, en levant un sac, sentit un craquement et fut frappé d'impotence de l'épaule gauche. Ce traumatisme sembla d'abord n'avoir provoqué qu'une légère hydarthrose, mais bientôt on constata une véritable arthrite scapulo-humérale avec des fûsées de péri-arthrite, et, d'autre part, une arthrite acromio-claviculaire.

Le malade mourut, et, à l'autopsie, on a isolé le staphylocoque du pus des lésions articulaires et du sang de la circulation générale.

Note complémentaire sur un cas de végétations polyeuses de l'aorte. — **M. Trenel** a fait des préparations histologiques des grosses saillies pseudo-kystiques qui étaient accolées à la face interne de la crosse de l'aorte, sur une pièce qu'il a récemment présentée.

Il s'agit, non de volumineuses pustules d'athérome, mais de blocs fibreux adhérents à la membrane interne de l'artère, et secondairement dégénérés et ramollis à leur centre.

Kyste du prépuce. — **M. Sacquépée** apporte un kyste de la face inférieure du prépuce, kyste que l'étiologie, le siège median et les coupes microscopiques permettent d'étiqueter kyste dermoïde.

Etranglement de l'intestin dans une large perforation du mésentère. — **M. Maublanc** a fait la laparotomie, pour des accidents d'occlusion intestinale, chez un malade dont il trouva le mésentère troué d'une large ouverture dans laquelle les anses étaient venues s'étrangler.

Une bride fibreuse attachait l'appendice iléo-cœcal au mésentère, et, d'autre part, une adhérence analogue fixait une anse de l'intestin aux bords de la perforation mésentérique.

V. GUIFFON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

9 Mars 1899.

Ulérations tuberculeuses de la peau de la jambe, suivies de tuberculose viscérale.

— **M. Danlos.** L'ulcération dont il s'agit siège au talon, elle a été précédée de deux lésions analogues, localisées à la cuisse, et qui sont actuellement guéries. Seule persiste la lésion du talon. Celle-ci rappelle par son aspect la tuberculose verruqueuse: son centre est hérissé de mamelons épidermiques à leur sommet, ses bords sont déchiquetés et remarquables par des croûtes épidermiques adhérentes.

Le malade, bien portant avant le début de sa tuberculose cutanée, est, depuis l'apparition de celle-ci, devenu tuberculeux des deux poumons. Il présente, en outre, dans le testicule et le cordon, du côté gauche, des noyaux bacillaires. Par l'évolution rapide, par la complication de tuberculose viscérale, cette lésion diffère du lupus vulgaire. Elle se rapproche par l'aspect objectif de la tuberculose verruqueuse de **Riehl** et **Paltz**.

M. Leredde. Il ne semble pas que la tuberculose consécutive aux tubercules anatomiques ou à cette forme verruqueuse ait, en général, cette gravité.

M. Hallopeau. La tuberculose de la peau semble avoir une gravité différente, suivant que l'inoculation atteint les régions profondes sous-dermiques, ou suivant que la contagion est d'abord limitée à l'épiderme et au derme. Dans ce dernier cas, l'évolution est plus lente, il semble que les téguments aient sur le bacille un certain pouvoir d'atténuation. Quant à la gravité du tubercule anatomique, elle peut être considérable, car nous avons vu des cas où, en deux ou trois ans, la mort est survenue à la suite d'un tubercule anatomique.

M. Barthélemy. La gravité de cette variété de tuberculose est loin d'être aussi grande dans toutes les circonstances, car nous connaissons un cas où l'inoculation remonte à dix-sept ans, et la maladie continue à bien se porter.

M. Besnier. Toute règle a ses exceptions, mais on peut dire qu'en général les lupiques ne deviennent tuberculeux que très tardivement; cependant, nous avons vu, chez une jeune fille, guérir un lupus, puis survenir six mois après une adénopathie cervicale considérable, qui guérit elle aussi; mais au bout de huit mois, une tuberculose miliaire emporta la malade. Les mêmes conclusions pourraient s'appliquer au tubercule anatomique.

Lymphangome ou hémangiome kystique de la langue. — **MM. Balzer** et **Gauchery.** Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré le 2 Mars 1899, salle Hillairel, pour une affection de la langue, datant de dix ans environ.

À la face inférieure de la langue, on constate une tumeur irrégulière, d'aspect framboisé, qui semble formée de grappes de vésicules kystiques, les unes rouges, franchement hématisées, les autres blanches et transparentes comme des kystes lymphatiques.

Quand on examine le dos de la langue, outre l'hypertrrophie très notable des papilles linguales, on constate un semis de petites vésicules, les plus grosses comme un grain de mil, de couleur rosée, mais absolument isolées les unes des autres.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel.

L'affection n'est pas congénitale, mais il est probable que la tumeur n'a appelé l'attention qu'à partir du moment où elle a pris un certain développement.

La tumeur appartient-elle au groupe des hémato-lymphangiomes ou au groupe des lymphangiomes proprement dits? L'examen histologique seul permettra de résoudre la question.

Actinomyose cervico-faciale. — **MM. Legueu** et **Salmon.** Voici un cas net d'actinomyose cervico-faciale, vérifiée bactériologiquement.

C'est une femme de quarante ans qui, en Juillet dernier, fut prise de violentes douleurs dans la moitié gauche de la tête, sans modifications appréciables des parties molles.

En Décembre dernier, survinrent, à gauche, de l'exorbitisme et une tuméfaction notable de la région mastoïdienne. Depuis, l'affection s'est étendue à toute la moitié gauche du cou, ainsi qu'à la nuque. À droite, un foyer existe dans la région carotidienne, un autre se voit à gauche dans l'orbite, et ce dernier s'est ouvert récemment au niveau de la paupière inférieure.

L'affection procède par foyers successifs et juxtaposés: l'induration caractérise l'envahissement. Cette induration siège, d'abord, dans les parties molles, muscles, tissu cellulaire, aponévroses. La peau est d'abord respectée, puis elle change de couleur, devient violacée, adhérente, et en incisant, on trouve quelques grammes de liquide séropurulent, contenant les grains jaunes caractéristiques.

J'ai ainsi pratiqué cinq incisions successives; après l'ouverture, l'induration persiste, quoique moins accentuée.

La malade est soumise depuis six semaines au traitement ioduré; elle prend actuellement 8 grammes d'iodure. Malgré cela, la marche de la maladie n'est pas enrayée: il y a cependant amélioration du côté des mouvements du cou, qui deviennent possibles, et du côté des mâchoires, qui, primitivement contractées, s'ouvrent maintenant aisément.

Dans le pus, on trouve les grains jaunes caractéristiques de l'actinomyose, et, dans ceux-ci, le mycelium et les spores, mais pas de masses. Il y a aussi de nombreux staphylocoques.

Enfin, à côté du mycelium, on trouve les grands leucocytes mononucléaires, mais ceux-ci ne contiennent pas les filaments mycéliens, de sorte qu'on peut conclure à la non-phagocytose du parasite, fait intéressant, si on le rapproche de ce que la malade, en voie d'amélioration, est soumise au traitement ioduré.

M. Besnier. Pendant plusieurs années, il nous a été impossible de trouver un cas d'actinomyose, tant dans la clientèle que dans notre service de Saint-Louis. Nous considérons cette maladie comme n'existant pas dans la région parisienne, quand, l'an dernier, nous vîmes un malade parisien, qui ne quitte jamais la ville, dont la mâchoire restait contractée sans cause appréciable. Le diagnostic fut en suspens jusqu'au jour où se produisit l'abcès, et nous nous souvîmes alors que **M. Poncet** insiste sur la valeur sémiologique de ces contractures permanentes de la mâchoire, qui n'ont pas de cause appréciable et qui sont dues, le plus souvent, à l'actinomyose.

Quant à l'iodure de potassium, nous désirerions connaître l'avis de **M. Legueu** sur son emploi.

M. Legueu. Le plus ordinairement, l'iodure a peu d'action, car il est nécessaire, pour qu'il agisse, que l'actinomyose ne soit pas accompagnée d'associations microbiennes. Dans notre cas, la guérison ne se fait pas; il y a eu seulement amélioration des mouvements du cou et diminution de la contracture des mâchoires.

Nous ne croyons pas à la rareté absolue de l'actinomyose; dans certains cas, où la clinique permet de la soupçonner, le diagnostic bactériologique ne peut être fait qu'après des examens répétés, et, si nous en croyons certains faits que nous avons observés, nous serions disposé à admettre que le diagnostic n'est pas fait parce que l'attention n'est pas suffisamment attirée de ce côté et qu'on ne procède pas avec une rigueur clinique suffisante à l'élimination des autres phénomènes pathologiques qui peuvent prêter au doute.

Sur un cas de dermatite herpétiforme sans éosinophilie améliorée par les injections intra-fessières de sérum de lait.

— **M. Hallopeau.** Il s'agit d'un homme atteint depuis quatre mois d'une dermatite herpétiforme de **Duhring**, chez qui les injections de sérum de lait ont amené, d'abord une diminution dans le nombre des bulles qui surviennent quotidiennement, puis leur disparition: on ne peut dire si elle est définitive ou passagère. Cette médication, employée d'abord par **Gimbert**, a été mise en œuvre par **M. Lereboullet**, qui en avait reconnu l'efficacité dans des cas de neurasthénie et de débilité. Dans un cas de dermatite herpétiforme dont le pronostic semblait désespéré, il l'avait associée à la strychnine, à l'ergotine, à la quinine: le malade a guéri. Ce sérum donne, le jour où il est injecté, une réaction fébrile parfois intense. Ayant obtenu par son emploi exclusif un excellent résultat, nous pensons que c'est à lui, non aux alcaloïdes administrés concurremment, que **M. Lereboullet** a dû son succès si remarquable.

M. Leredde. Il nous semble impossible d'admettre qu'une dermatite herpétiforme puisse exister sans éosinophilie. Peut-être l'éosinophilie peut-elle disparaître à un certain stade de la maladie, mais, à coup sûr, on la doit trouver en cherchant dans le sang à diverses époques de l'affection, dont elle suit la marche clinique, s'exagérant avec les poussées, diminuant avec elles. Nous sommes tenté de croire qu'elle a dû exister dans ce cas, et que si la technique ou les circonstances de l'état pathologique s'y étaient prêtées, on l'aurait reconnue.

M. Brocq. Ce malade est intéressant à divers titres: nous n'avons pas vu son éruption, mais les macules qu'elle a laissées semblent s'éloigner un peu de la disposition que doit prendre l'éruption de dermatite polymorphe douloureuse. Les douleurs ont manqué d'ailleurs, ici à peu près complètement; le malade accuse à peine quelques sensations de démangeaisons ou de cuisson au moment de la poussée des bulles. Enfin, il y avait des bulles et pas d'érythème. Le diagnostic de dermatite herpétiforme est-il ici pleinement acceptable? **Duhring** ne comprend sous le nom de dermatite herpétiforme que des lésions constituées par des vésicules agglomérées ou par des bulles simulant l'herpès par leur disposition. Ces formes circonscrites sont même analogues aux couronnes vésiculeuses de la tricophytie de la peau. Sans cette herpétiformité il n'y a pas de maladie de **Duhring**.

D'autre part, la douleur est, dans la maladie de **Duhring**, constante, et nous voyons qu'elle manque à peu près complètement dans ce cas.

Quant au traitement, il est extrêmement décevant; on est porté, dans ces affections capricieuses à rechutes et à acalmies successives, à exalter l'influence d'un remède que les circonstances font employer au moment d'une amélioration, alors que l'on incriminerait le même remède si son action venait à coïncider avec une aggravation. Chez le malade de **M. Hallopeau**, une première série d'injections de sérum de lait n'avait produit aucun résultat. La seconde série a été suivie d'une acalmie de huit mois; n'y a-t-il pas eu simple coïncidence?

Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant; lésions sanguines. — MM. Leredde et Dominici rapportent l'observation clinique d'une malade qui fut atteinte, à quatre ans d'intervalle, d'un érythème généralisé, terminé au bout de quelques semaines par une desquamation de même étendue.

L'étiologie de cet érythème est complètement inconnue; on ne peut le rattacher à une absorption médicamenteuse.

L'intérêt de l'observation se trouve dans la présence de lésions sanguines qui ont été observées au moment des deux poussées érythémateuses. Le nombre des globules rouges est diminué : 3.500.000; il existe une légère leucocytose : 10.000; de l'hypochromie : 19,50 au lieu de 13 à 14 par la méthode de Malassez; de l'éosinophilie : 5 à 10 pour 100; enfin, on trouve dans le sang des globules blancs à noyau nu en grand nombre.

L'étude histologique révèle l'œdème intense du derme et de l'épiderme, la disparition de la couche granuleuse, la dissociation excessive des faisceaux conjonctifs.

Nulle part on ne voit de cellules migratrices; autour des vaisseaux du derme, on trouve des foyers cellulaires constitués exclusivement par des cellules fixes.

Syphilis héréditaire tardive. — M. Barthélemy. Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans qui n'a eu, auparavant, aucune lésion spécifique héréditaire appréciable; jamais de surdité, pas d'affection oculaire, pas de lésions dentaires. Son père, spécifique ancien, fut traité par Ricord, se maria et ne présenta jamais de lésion; il se croyait absolument guéri. Il eut cinq enfants dont quatre virent à terme, le dernier seul naquit au septième mois, mais sans que la mère ait jamais présenté la moindre lésion appréciable. Le premier enfant a eu des lésions scrofulo-tuberculeuses. Le second est un garçon de vingt-trois ans, qui a une syphilis acquise caractéristique. La troisième, âgée de vingt ans, a une gomme syphilitique caractéristique de la jambe. Si cette malade avait présenté une lésion hépatique ou cérébrale, il est évident que l'idée de tuberculose eût primé toute autre.

M. Fournier. Nous avons été frappé d'admiration par l'observation très simple de cette malade que nous avons vue avec M. Barthélemy. Il n'y a pas ici d'erreur de diagnostic possible. Ce cas nous permet d'affirmer qu'un enfant sain n'est pas une garantie pour son successeur. Il nous fait toucher du doigt les phénomènes extraordinaires de l'hérédité et nous en rapprocherons l'observation suivante. Nous avons vu, avec M. Besnier, un homme dont nous avions pu suivre la syphilis, depuis le chancre jusqu'à la manifestation cérébrale. Il s'était marié, il eut trois enfants sains. La femme, bien portante jusqu'à ce jour, a présenté, après vingt-deux ans de mariage, une grosse exostose sterno-costale, une exostose de l'épine de l'omoplate, une myosite du trapèze. Le mari s'est observé avec le plus grand soin; il affirme n'avoir jamais eu la moindre érosion de la verge ou de la bouche. Devant ce cas nous avons fait le diagnostic de syphilis conceptionnelle tardive. Comment aurions nous pu songer à une lésion spécifique chez la femme si, au lieu d'accidents accessibles à l'investigation, on se fût trouvé en présence de lésions viscérales?

M. Besnier. Ces importantes observations nous portent à conclure que, toutes les fois qu'on examine chez une femme une lésion d'ordre indéterminé, il faut rechercher si le mari n'a pas eu la syphilis. Un certain nombre de tumeurs, de celles du sein en particulier, guérissent de façon absolue sans jamais avoir de récurrence après l'exérèse, sans même que la cicatrisation soit en rien anormale.

Devant des faits du genre de ceux qui viennent d'être rapportés, nous serions disposés à émettre cet aphorisme: toute femme qui a conçu d'un syphilitique est syphilitisée.

Dermite pustuleuse provoquée chez un enfant galeux par une friction avec le baume du Pérou. — MM. Hallopeau et Léri. Le baume du Pérou n'a pas toujours l'innocuité qu'on lui prête. Des frictions avec ce produit ont entraîné une mort rapide par intoxication. Il importe donc de ne pas l'employer dans les cas où le tégument est le siège d'excoriations très étendues. Chaque fois que la gale s'accompagne d'excoriations, il ne doit être appliqué que sur des surfaces très restreintes et mélangé avec un excipient neutre, tel que l'huile d'amandes douces, surtout chez les enfants; même dans ces conditions, ce médicament, chez des sujets prédisposés, ne peut être toléré.

Hérédo-syphilis tardive; arthropathies et périostites guéries seulement par les injections sous-cutanées. — M. Barbe. L'observation suivante prouve que tous les moyens de traitement mercuriel doivent être employés avant de renoncer à cet agent thérapeutique.

Chez notre malade, atteinte d'arthropathies des genoux, de périostites du tibia, des os des avant-bras, le traitement par injection de sels mercuriels resta sans résultat. Le traitement fut abandonné par le médecin qui l'avait commencé. Cependant, le malade était nettement spécifique: dents de Hutchinson, périostite avec exaspérations douloureuses nocturnes. Nous lui fîmes trois séries de quinze injections de cyanure de mercure à la suite desquelles elle a guéri.

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

24 Février 1899.

Paralysie des quatre membres et du tronc. —

M. Sevestre. Je désire vous montrer un nourrisson âgé de quelques mois, qui m'a été amené à la consultation avec une paralysie des membres et du tronc. Il est facile de voir que l'enfant présente, en effet, une paralysie flasque des quatre membres et une paralysie des muscles du thorax, qui est immobile et aplati; les muscles du cou sont indemnes. De cette façon, l'enfant ne respire que par son diaphragme.

A première vue, on est tenté d'attribuer cette paralysie à une paralysie infantile. Seulement, la mère raconte que, sur six enfants qu'elle a eus, deux autres ont présenté la même paralysie, et ont succombé, tous les deux, à la broncho-pneumonie, l'un à l'âge de deux mois, l'autre à l'âge de six mois. Il y a donc là une sorte de paralysie familiale, et, dès lors, on peut se demander s'il ne s'agit là d'une forme particulière de paralysie infantile décrite récemment par Hofmann?

J'ajoute que les parents ne sont ni syphilitiques ni tuberculeux. Le père boit un peu, mais n'est pas alcoolique dans le sens propre du mot.

L'enfant a été soumis à l'électrisation, et il semble que, sous l'influence de ce traitement, les mouvements reviennent dans lesorteils et dans les doigts.

M. Hutinel. J'ai observé deux cas de ce genre. Dans le premier, il s'agissait d'un nourrisson venu par le siège, après un accouchement difficile. Il présentait une paraplégie flasque et une paralysie du thorax; les membres supérieurs étaient indemnes. Comme, à l'examen, j'ai trouvé une légère déformation de la colonne vertébrale, j'ai pensé qu'il pourrait bien s'agir d'hématomyélie. Cet enfant a succombé au bout de quelque temps à une broncho-pneumonie. L'autopsie n'a pas été faite.

Il y a cinq semaines, j'ai vu un autre cas analogue. Ici encore, l'enfant était venu par le siège et présentait une paraplégie flasque, une paralysie du tronc et une parésie très accentuée des membres supérieurs. Comme l'enfant précédent, il a succombé à une broncho-pneumonie, et, à l'autopsie, j'ai pu constater, à l'œil nu, une sclérose des cordons blancs; il n'y avait pas trace d'hématomyélie. L'examen histologique de la moelle n'est pas encore terminé.

Orchidopexie de testicule ectopié. — M. Villemain a exposé un procédé d'orchidopexie en cas d'ectopie inguinale avec testicule mobile. Ce procédé consiste à mobiliser le testicule, à le faire descendre dans le scrotum et à le fixer par deux fils de soie au testicule du côté opposé, à travers une petite boutonnière faite à la cloison des bourses.

Ce procédé, exécuté dans 15 cas, chez des garçons de trois à dix ans, a fourni un insuccès, 8 résultats satisfaisants, 6 résultats parfaits.

R. ROMME.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

7 Mars 1899.

Sarcome de la choroïde. — M. Chevallereau présente un malade de vingt-quatre ans atteint de sarcome de la choroïde. Ce qui fait l'intérêt du cas, c'est la forme de la tumeur, qui est globuleuse et siège au bord de la papille. La saillie dans le vitré est très marquée et on note une différence de réfraction de 15 D entre le niveau de la papille et le sommet de la tumeur. La tumeur présente à sa base une vascularisation très développée. La rétine est décollée dans le segment inféro-externe. La tension intra-oculaire n'est pas augmentée. Comme dans un grand nombre de faits de néoplasies intra-oculaires, on note l'existence d'un traumatisme antérieur résultant d'une chute de cheval, en Juin 1896.

M. Antonelli croit que la forme globuleuse de la tumeur doit faire penser à un cysticerque.

M. Chevallereau. Le développement vasculaire considérable des tissus sur lesquels repose la tumeur, ainsi que les hémorragies qu'on y observe, paraissent plutôt indiquer un sarcome qu'un cysticerque.

M. Gorecki. Nous ne nous expliquons pas le rôle du traumatisme dans les tumeurs; il est néanmoins nécessaire de le signaler.

Sur une forme particulière d'infection cornéenne à type serpigineux. — MM. Morax et Petit.

Il y a une grande utilité à différencier les kératites suppuratives d'après leurs causes, de rechercher à quels types cliniques peuvent donner naissance des infections microbiennes différentes. Cette manière de procéder est non seulement conforme à une bonne conduite scientifique, mais est capable de nous donner des résultats importants au double point de vue pronostic et thérapeutique. Avec Morax, Uthoff et Axenfeld, pour ne citer que les auteurs principaux, la pathologie conjonctivale et cornéenne est entrée dans cette voie. Au cours de recherches entreprises dans cet ordre d'idées, nous avons été à même d'observer deux cas d'infections cornéennes à type serpigineux, dans lesquelles, au lieu du pneumocoque que l'on rencontre constamment dans l'ulcus serpens typique, furent trouvés des bacilles spéciaux

semblant, par leur présence unique et leur abondance, jouer le rôle étiologique principal. Ces deux kératites ont été caractérisées cliniquement, par une évolution assez lente, et absolument indolore. Elles présentaient l'aspect d'un ulcère superficiel à bord progressif et accompagné d'hypopyon volumineux. Les deux malades étaient atteints d'atrophie des voies lacrymales mais ne présentaient aucune suppuration du sac. Le microorganisme rencontré dans le pus de l'ulcère ressemble morphologiquement au bacille de la conjonctivite subaiguë, mais il en diffère complètement par ses caractères de culture et de vitalité. Parmi les plus importants, il possède les propriétés suivantes: il donne une abondante culture blanche, épaisse, crémeuse sur gélose-ascite et sur gélose. Il liquéfie la gélatine et le sérum coagulé. Il se développe abondamment dans le bouillon-ascite. Dans le bouillon peptoné ordinaire, la culture est très maigre. Il ne se développe pas du tout dans le lait. Il se décolore par la méthode de Gram, conserve sa vitalité pendant des semaines et se développe bien à une température comprise entre 15 à 37°. Une culture soumise vingt minutes à 55° ne donne pas de repiquage. Ce bacille n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire (cobaye, souris, lapin).

Ce microorganisme a encore été rencontré dans un cas de kératite suppurative atypique, chez un grannuleux; mais là l'affection intéressait la cornée dans toute son épaisseur, était accompagnée de vives douleurs, et l'examen microscopique et les cultures ont révélé, en plus du bacille ci-dessus décrit, un autre bacille qui a vraisemblablement joué un rôle et modifié les caractères de la maladie.

M. Gorecki. La sensibilité des parties saines de la cornée était-elle conservée? L'absence de douleurs dans les ulcérations de la cornée n'est pas un fait rare. Quant au traitement, je crois que l'emploi du sulfate de zinc et du nitrate d'argent peut avoir des effets déplorables.

M. Pechin. Je viens de soigner une malade qui a présenté une affection cornéenne assez semblable à celle que MM. Morax et Petit nous ont décrite. L'examen bactériologique n'a malheureusement pas été fait.

M. Boucheron. L'hypopyon a-t-il été examiné, et contenait-il des microbes? Quelle est l'opinion de M. Morax sur l'action bactéricide de l'humeur aqueuse?

M. Wuillomenet. J'ai employé quelquefois le nitrate d'argent en collyre dans les ulcères de la cornée, et je dois dire que j'ai obtenu souvent des guérisons qui m'ont surpris par leur rapidité.

M. Valude. Je rappellerai que l'inoculation de la tuberculose dans la chambre antérieure est d'une efficacité certaine, ce qui paraît être en contradiction absolue avec l'hypothèse d'un pouvoir bactéricide de l'humeur aqueuse.

La kératotomye de Saemisch, dans le traitement des ulcères serpigineux, a une supériorité manifeste sur les paracentèses répétées.

M. Chevallereau. Je suis également de l'avis de M. Valude au sujet de la kératotomye de Saemisch.

M. Morax. Il n'y avait pas d'anesthésie de la cornée et on ne pouvait penser à une kératite neuro-paralytique. Le fait sur lequel nous avons voulu appeler l'attention de nos confrères ne consiste pas uniquement dans le caractère indolore d'une ulcération cornéenne. Il s'agit d'un ensemble de caractères: ulcération superficielle étendue, à bord progressif avec hypopyon volumineux, réaction irienne nulle ou légère, absence de phénomènes généraux et de symptômes douloureux. L'affection présente dans ses lésions les plus grandes analogies avec l'ulcère serpigineux que nous savons causé par l'infection pneumococcique. Les opinions contradictoires sur l'efficacité de tel ou tel traitement dans les ulcérations de la cornée tiennent surtout à ce que nous confondons les affections cornéennes différentes sous la même dénomination anatomique. Le sulfate de zinc en collyre à 1/10 est d'une efficacité certaine dans les ulcérations cornéennes qui accompagnent la conjonctivite subaiguë à diplobacilles. Nous avons déjà insisté sur ce point et indiqué les caractères cliniques qui permettaient de reconnaître ce type d'affection cornéenne. J'ai obtenu aussi, dans d'autres faits non encore suffisamment définis, des résultats très satisfaisants du collyre au nitrate d'argent. Ce que je puis affirmer, c'est que je n'en ai jamais vu les inconvénients signalés par certains confrères.

Le pus de la chambre antérieure était stérile, comme il l'est d'ailleurs dans le plus grand nombre des faits. Uthoff et Axenfeld ont examiné de nombreux hypopyons d'ulcères serpigineux à pneumocoques. Ils n'ont rencontré le pneumocoque dans la chambre antérieure que dans les cas où il y avait eu perforation spontanée de la cornée. Faut-il invoquer une action bactéricide de l'humeur aqueuse? Je ne le crois pas, et voici pourquoi: on peut provoquer l'apparition d'un hypopyon, en appliquant sur la cornée certaines toxines. Il n'est donc pas nécessaire de supposer que le microbe pénètre dans la chambre antérieure pour y provoquer la suppuration. Celle-ci résulte d'un effet à distance causé par la toxine, au moins dans un certain nombre d'infections; mais il ne faut pas généraliser.

Dans l'infection causée par le streptocoque, il arrive au contraire fréquemment que le streptocoque existe dans l'hypopyon, et ce sont d'ailleurs ces infections streptococciques qui ont le plus de tendance à se généraliser au globe oculaire entier. Il faudrait donc admettre un

pouvoir bactéricide manifeste et spécialisé pour certaines infections, et nul pour d'autres. En outre, l'humeur aqueuse est un milieu de culture dans lequel peuvent se développer certains microorganismes comme la bactérie charbonneuse, par exemple. Je ne vois donc aucun fait précis sur lequel on puisse baser l'hypothèse d'un pouvoir bactéricide de l'humeur aqueuse.

V. MORAX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

2 Mars 1899.

Kérato-conjonctivite par chrysarobine. — M. Antonelli rapporte l'observation d'un malade atteint de psoriasis qui, à la suite de l'application d'une pommade à la chrysarobine au voisinage des yeux, présente à quelques mois de distance, une conjonctivite, la première fois de l'œil gauche avec ulcérations légères de la cornée, la seconde fois de l'œil droit avec commencement d'iritis. Il y avait très peu de sécrétion. Ce cas, d'une analyse facile, semble prouver que, contrairement à ce qu'admettent certains auteurs, la chrysarobine agit parfois non par absorption générale, mais bien par un mécanisme exogène dans la production des kérato-conjonctivites même accompagnées d'iritis.

A. DE CRÉSANTONES.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

2 Mars 1899.

Propagation de la tuberculose. — M. G. Meyer, revenant sur la communication faite dans la séance précédente par M. Cornet, fait remarquer que la diminution de la mortalité par tuberculose en Prusse, que M. Cornet attribue aux mesures prophylactiques prises à la suite de ces recherches, existe aussi dans d'autres pays où ces mesures ne sont pas en vigueur, et s'était fait déjà sentir dans les statistiques allemandes avant la mise en vigueur de ces mesures en Allemagne. Cette diminution est due très probablement à l'augmentation du bien-être des populations.

M. Lazarus trouve qu'on a considérablement augmenté les dangers de la contamination par les germes tuberculeux. Dans le service qu'il dirige, il n'a jamais constaté de contamination de malades par des tuberculeux en traitement.

M. Fürbringer a observé 13 cas de tuberculose parmi les 708 sœurs de charité qui, depuis douze ans, ont assuré le service à l'hôpital de Friedrichshain. Sur ces 13 sœurs, 6 avaient des antécédents héréditaires tuberculeux, et 6 étaient tuberculeuses au moment où elles ont pris le service. Pendant ce temps, il est passé à l'hôpital 9.000 tuberculeux. Le danger de contamination est donc minime.

ILES BRITANNIQUES

Société clinique de Londres.

24 Février 1899.

Hypertrophie unilatérale du sein par compression. — M. Cahill présente une femme de vingt-sept ans, dont le sein droit s'est hypertrophié à la suite de la pression exercée sur lui par le bras droit paralysé et contracturé. À neuf ans, la malade avait eu une hémiplegie droite consécutive à la diphtérie, et le bras droit s'était contracturé en flexion marquée et en adduction, de sorte que la main droite comprimait le thorax juste au-dessus du sein ; celui-ci avait atteint un développement très supérieur à l'autre ; ce qui prouve que cette hypertrophie est bien due à la compression, c'est que, le bras ayant été mis dans un appareil, une diminution de volume en a été la conséquence.

Myosite ossifiante progressive. — M. Crawford montre un exemple remarquable de cette affection, chez un garçon de six ans et demi. Pas de rhumatisme dans les antécédents héréditaires ; cependant, chez le malade, existe une affection mitrale probablement d'origine rhumatismale. L'affection a débuté à deux ans et demi, et elle semble consécutive à des traumatismes. Les formations osseuses paraissent avoir leur point de départ dans les apophyses épineuses des vertèbres, s'étendant de là dans les muscles de la région postérieure du tronc. Le dos de l'enfant est parcouru dans différentes directions par des crêtes osseuses très appréciables. La rigidité de la colonne vertébrale et des muscles cervicaux donne à l'enfant une attitude caractéristique. Les bras sont fixés au corps par l'ossification des insertions humérales du grand dorsal. La radiographie montre que les métacarpiens sont plus courts que normalement ; les phalanges du pouce sont soudées entre elles, d'où rigidité absolue de ces doigts. Au niveau des gros orteils, le métatarsien est de même soudé à la première phalange.

Paralysie congénitale. — M. Guthrie présente un

enfant de quatre ans, atteint de paralysie congénitale. Il n'a jamais pu marcher ni se tenir debout ; il peut s'asseoir, mais il tombe facilement à la renverse et ne peut se relever. Asthénie musculaire notable dans les membres supérieurs, absolue dans les membres inférieurs.

Arthrite infectieuse chez un enfant. — M. Hund montre un enfant de six ans, qui, au cours d'une angine compliquée de broncho-pneumonie, avait vu ses genoux et ses coudes enfler et devenir douloureux. L'épanchement n'était pas abondant, et la radiographie avait démontré l'intégrité des extrémités osseuses. La température avait été extrêmement irrégulière ; il y avait hypertrophie des ganglions axillaires et inguinaux ainsi que de la rate. L'examen bactériologique du liquide synovial avait été négatif. Il s'agit probablement d'une arthrite secondaire à l'angine.

Sclérose pulmonaire chez une tabétique. — M. Caley relate l'histoire d'une femme de quarante ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes caractéristiques du tabes. L'auscultation des poumons dénotait une sclérose pulmonaire surtout nette à droite, une cavérne au sommet droit, enfin, de la dilatation bronchique à la base droite. Pas de toux. Pour l'orateur, les lésions pulmonaires ne sont nullement liées au tabes.

ITALIE

Académie des sciences médicales et naturelles de Ferrare.

15 Décembre 1898.

Formation du glucose dans le foie. — M. Cavazzani. Contrairement à l'opinion de Seegen, la quantité totale des hydrates de carbone contenus dans le foie n'augmente pas après la mort ; le sucre se forme aux dépens du glycogène, même si le foie a été retiré du corps.

Pour démontrer ces faits, des chiens ont été tués par la saignée ; les foies étaient partagés en trois portions ; dans la première portion, le sucre et le glycogène étaient immédiatement dosés ; les autres portions étaient tenues, l'une une heure, l'autre trois heures dans des ballons contenant du sang artériel et maintenues à 35° ; puis les dosages étaient effectués. Pour les trois échantillons de foie, la quantité totale des hydrates de carbone était la même ; les échantillons 2 et 3 contenaient plus de glucose que 1 ; c'est donc que du sucre s'était formé aux dépens du glycogène.

Dans une autre série d'expériences, il a été démontré que les résultats précédents n'étaient pas modifiés si l'on met avec les foies de la peptone ou de la glycérine ; dans les conditions de l'expérience, le foie ne transforme donc pas en glycose les substances albuminoïdes et les graisses, comme l'a soutenu Seegen.

19 Janvier 1899.

Nouvelle méthode pour obtenir du liquide céphalo-rachidien. — M. Cavazzani. Pour obtenir du liquide céphalo-rachidien en quantité suffisante, M. Cavazzani, après incision des tissus mous de la nuque, pénètre entre l'atlas et l'axis et fait une petite incision à la dure-mère spinale. La voie est ainsi préparée pour l'introduction d'une canule spéciale. On peut, par ce procédé, recueillir sur des chiens curarisés le liquide céphalo-rachidien à mesure qu'il se forme.

Origine microbienne du délire aigu. — M. Capelletti. Dans trois cas, l'examen du sang pendant la vie et l'examen des organes après la mort a fait constater la présence des staphylocoques (deux fois) et du *Bacterium coli* (une fois). M. Capelletti n'a pas vu la bactérie signalée par MM. Bianchi et Piccinino dans plusieurs cas de délire aigu.

Il pense que les formes microbiennes banales par lui rencontrées n'ont aucun rapport avec la pathogénèse du délire aigu et qu'il s'agit simplement de microbes ayant pénétré dans la circulation pendant la période pré-agonique.

Académie de médecine de Sienna.

30 Janvier 1899.

Altérations des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque. — M. Barbaresi. Par suite de l'auto-intoxication par la bile, les cellules nerveuses sont altérées surtout dans la moelle et les ganglions inter-vertébraux, moins dans l'écorce cérébrale. Les lésions cellulaires sont celles des intoxications en général.

Une maladie chronique de la moelle des souris blanches due à un diplocoque. — M. Morpurgo. La maladie est caractérisée par une paralysie spastique du train postérieur des animaux avec, en dernier lieu, des déformations squelettiques.

Le diplocoque n'a pu être identifié à aucune espèce connue. Il peut être cultivé ; l'injection des cultures à des animaux neufs reproduit la maladie ; le microbe se retrouve, disposé en petits groupements, dans les coupes de la moelle des souris ; il n'existe pas dans les autres organes.

Académie de médecine de Turin.

16 Janvier 1899.

Nouvelle méthode d'auscultation de l'apophyse mastoïde. — M. Ostino. La méthode est basée sur le principe de l'orientation subjective. On applique un diapason vibrant sur le front du malade ; deux otoscopes d'égale dimension sont placés sur l'une et l'autre mastoïde du sujet à examiner ; les otoscopes sont continués par deux tubes élastiques se terminant dans deux olives que le médecin introduit dans ses propres oreilles. L'expérimentateur rapporte le son du diapason à l'oreille, qui le perçoit avec le plus d'intensité. C'est de ce côté que les cellules mastoïdiennes du malade sont rendues meilleures conductrices du son, par suite de la présence d'une collection, par exemple. M. Ostino communique les résultats de ses expériences sur le cadavre et sur les personnes saines, met en garde contre les causes d'erreur, et prévient que la méthode convient mal aux cas où les parties molles sont tuméfiées au voisinage de l'apophyse mastoïde.

Le sérum du sang de lamproie. — MM. Giocosa et Buffa. Le sérum est toxique pour le chien et le cobaye. L'intoxication aiguë tue les animaux en quelques heures ; l'intoxication subaiguë dure trois à cinq jours et peut se terminer par la guérison. Dans les deux cas, les altérations anatomo-pathologiques portent surtout sur l'intestin.

La réparation des os : étude expérimentale. — M. Valan pratique l'ablation de portions d'os et met dans la brèche ainsi formée des substances diverses (poudre d'os, charbon de bois, disques de cartilage). Pour que la réparation osseuse s'effectue, il est nécessaire que la substance introduite contienne de la chaux ; ensuite, la porosité de cette substance facilite le développement du processus ostéogénique.

RUSSIE

Société des neurologistes et des aliénistes de Moscou.

21 Octobre 1898.

Pathogénie des difformités du système nerveux central. — M. N. Solovtzeff a pu étudier toute une série de ces malformations et en conclut que leur pathogénie est la suivante.

Sous l'influence de la syphilis congénitale et de l'altération générale des vaisseaux du système nerveux central et de la sécrétion lymphatique qui en résultent, il se produit une accumulation excessive de liquide dans le canal médullaire ; ce liquide a provoqué mécaniquement l'atrophie d'une des vésicules cérébrales. Si l'hydrocécie a commencé tout à fait au début de la vie embryonnaire, toutes les cinq vésicules peuvent être atteintes ; on a alors un fœtus dépourvu de voûte crânienne, avec une vésicule cérébrale très distendue par le liquide, appliquée contre la base du crâne. Si la lésion frappe les vésicules oculaires, elles se fusionnent et on est en présence d'un cyclope. L'hydrocécie de la 1^{re} vésicule cérébrale primitive donne lieu à l'acéphalie ; celle de la 2^e vésicule (du 2^e prolongement de la 1^{re}) explique l'absence des couches optiques ; la dilatation ou le défaut de fermeture de l'aqueduc de Sylvius doit être attribué à la lésion de la 3^e vésicule cérébrale, et l'absence du cervelet à celle des 4^e et 5^e vésicules. La destruction d'une vésicule amène la perte non seulement du système qui en part, mais encore de celui qui y aboutit directement. Ainsi, l'arrêt de développement du cervelet s'accompagne de la non-formation du faisceau cérébelleux direct, des fibres arciformes externes postérieures et antérieures, du noyau arciforme, des fibres arciformes internes, des olives inférieures, du corps restiforme, des fibres du pont de Varole, des brachia conjunctiva (commissures) et des noyaux rouges. L'hydrocécie du canal central de la moelle provoque le spina bifida avec défaut de la partie dorsale du bulbe et du cervelet (si la fissure se produit dans la région cervicale) ou du cervelet seul (région caudale).

M. Mouratoff remarque qu'on ne peut expliquer toutes ces lésions par l'action mécanique seule ; des altérations inflammatoires, surtout dans l'épendyme, y jouent sans doute aussi un rôle.

Lésions de l'écorce dans l'intoxication saturnine. — M. Ribakoff a étudié chez le cobaye (par le procédé de Golgi) les modifications subies par l'écorce cérébrale sous l'influence de l'intoxication saturnine aiguë. Il a noté les lésions suivantes : les prolongements des cellules perdent la netteté des contours et prennent un aspect moniforme ; parfois, il y a même désagrégation en une série d'amas ou de gouttelettes. Il y avait, en même temps, disparition des gaines des prolongements.

ÉTATS-UNIS

Société pathologique de New-York.

11 Janvier 1899.

Rupture de la vessie. — M. Hodenpyl relate l'observation d'un homme de cinquante ans qui fut admis à l'hôpital avec tous les symptômes d'une auto-intoxica-

tion avancée. Il ne pouvait uriner et la sonde permit l'évacuation de 1500 grammes environ d'urine mélangée de sang. Se basant sur les commémoratifs, on fit le diagnostic de rupture du rein. Le malade mourut cinq jours après. A l'autopsie, on trouva des poumons œdématisés qui paraissent avoir été la cause directe de la mort; en outre, il y avait une rupture de la vessie, au niveau du bas fond. Pas de péritonite. Environ 180 gr. d'urine dans le bassin.

Rate accessoire dans le pancréas. — M. Freeman avait trouvé, à l'autopsie d'un enfant, un pancréas qui présentait une petite tache sombre de 3 millimètres de diamètre; l'examen histologique montra que c'était une rate accessoire entièrement entourée de tissu pancréatique.

Syphilis pulmonaire. — M. Hodenpyl montre les poumons d'une femme de trente-cinq ans ayant succombé à la veille en proie à une dyspnée intense. Poumon droit emphysemateux et très anémié; le poumon gauche, très adhérent à la paroi thoracique, paraît avoir été comprimé. La plèvre correspondante est épaissie. A la coupe, le parenchyme pulmonaire présente de nombreuses dilatactions bronchiques avec un tissu fibreux dense dans les intervalles; pas de tubercule. Il s'agit probablement d'un poumon syphilitique, la spécificité paraissant démontrée par les commémoratifs.

PRATIQUE MÉDICALE

La saignée dans le coup de chaleur à forme comateuse.

Lorsque dans l'insolation à forme comateuse le traitement habituel échoue, il ne faut pas hésiter à pratiquer une large saignée qui souvent sauve le malade d'une mort certaine.

C'est ainsi que M. Toussaint, médecin-major de 1^{re} classe, procéda chez un soldat qui, à la suite d'une marche sous le soleil ardent du Tonkin, fut pris de céphalée et tomba peu de temps après dans le coma. Immédiatement prévenu, notre confrère a assuré au plus tôt la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, la flagellation à coups de serviettes trempées dans l'eau froide, le refroidissement de la peau à coups de larges éventails; les inhalations d'ammoniaque et les injections hypodermiques complétèrent les soins médicaux. Mais cette médication n'ayant eu aucun résultat, et la résolution musculaire restant complète, les pupilles dilatées ne réagissant à aucune excitation, l'insensibilité des cornées paraissant absolue, le pouls et la respiration ne se percevant plus, on se décida à pratiquer une large saignée afin de décongestionner le bulbe. L'ouverture de la veine au pli du coude resta d'abord blanche. Après une demi-heure de respiration artificielle et de violents mouvements provoqués dans les articulations des membres inférieurs, le sang s'écoula en abondance, puis un faible jet sanguin apparut. On laissa s'écouler 6 à 700 grammes de sang, et une heure après, le malade, en parfaite connaissance, répondait avec précision aux différentes questions.

Il en a été de même dans un autre cas non moins désespéré qui fut ramené à la vie par la saignée.

On est donc autorisé à dire que, lorsque dans la forme comateuse de l'insolation les moyens habituels (respiration artificielle, tractions de la langue, injections d'éther, inhalations d'ammoniaque, etc.) échouent, il est urgent de pratiquer une large saignée.

LIVRES NOUVEAUX

Lancereaux. — *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1 vol. in-8° de 1019 pages (G. Doin, éditeur, Paris, 1899).

Les idées de M. Lancereaux sont, parfois, discutables, mais elles sont toujours intéressantes et suggestives, car elles sont toujours empreintes d'une profonde originalité.

Ces qualités se retrouvent dans le nouvel ouvrage que vient de publier cet infatigable travailleur. Le titre du livre attire tout de suite l'attention. L'auteur a été frappé des relations qui existent entre le foie et le pancréas, en physiologie comme en anatomie; il admet des relations analogues en pathologie, et l'histoire du diabète sucré vient appuyer son opinion. Il rapproche donc les affections de ces deux glandes et considère que leur altération ne représente que des déterminations d'une maladie générale. Cette idée conduit M. Lancereaux à modifier les classifications généralement admises et à rejeter la plupart des dénominations actuellement usitées.

L'histoire des cirrhoses, par exemple, ne ressemble en rien aux descriptions classiques. M. Lancereaux, s'appuyant sur l'étiologie, divise les cirrhoses en sept variétés: alcoolique, anthracosique, paludique, syphilitique, lépreuse, tuberculeuse, morveuse. Quant aux cirrhoses produites par les toxines microbiennes, l'auteur en rejette l'existence; car, d'après lui, on s'est appuyé, pour les admettre, exclusivement sur des faits expérimentaux. M. Lancereaux repousse également la cirrhose cardiaque, parce qu'elle aurait pour point de départ des troubles circulatoires. Au contraire, les cirrhoses vraies sont, d'après lui, d'origine conjonctive; seulement la sclérose a un siège initial particulier, ce qui assure son autonomie et son aspect spécial; ainsi, la cirrhose alcoolique est bi-veineuse; les cirrhoses paludique et syphilitique sont d'origine lymphatique; d'autres ont un point de départ biliaire, etc.

On voit que nous sommes loin des divisions admises. La cirrhose hypertrophique biliaire, la maladie de Hanot, comme on l'appelle aujourd'hui, a disparu du cadre nosologique. M. Lancereaux la considère comme une hépatite paludéenne. Cette assertion paraîtra difficile à accepter; on a publié un grand nombre d'observations établissant que la maladie frappe des sujets qui n'ont jamais séjourné dans un pays à malaria, qui n'ont jamais présenté aucun accès ni aucun trouble qu'on puisse rattacher au paludisme. D'ailleurs, les hépatites paludéennes, comme on peut s'en convaincre en lisant les descriptions des auteurs qui ont observé dans les pays chauds, diffèrent considérablement de la maladie de Hanot.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, la discussion étiologique peut paraître intéressante; elle n'est pas moins curieuse quand M. Lancereaux, s'appuyant sur des observations et des expériences personnelles, rejette l'influence des boissons alcooliques dans la genèse des cirrhoses, pour incriminer les sels de potasse que renferment les vins plâtrés. On sait que cette opinion a soulevé bien des critiques et suscité bien des discussions. C'est justement ce qui fait l'intérêt de ce chapitre: c'est l'exposé d'opinions personnelles qui, semble-t-il, ne comptent pas encore beaucoup de partisans.

Les mêmes qualités se retrouvent dans le reste de l'ouvrage. Signalons, parmi les plus intéressants, les chapitres consacrés à l'étude des néoplasies hépatiques, des affections des voies biliaires et surtout du diabète.

On voit, par cette rapide analyse, que le livre de M. Lancereaux ne ressemble en rien aux traités classiques. Il s'adresse moins aux étudiants désireux d'apprendre, qu'aux médecins soucieux de connaître les opinions d'un maître, et aux critiques heureux de trouver des idées originales.

H. ROGEE.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — La lecture des concours est terminée. Les candidats ayant obtenu un minimum de 17 points sont admis à la première épreuve clinique. Les séances auront lieu à la Charité, l'Hôtel-Dieu, Necker et LaPénée le mardi, jeudi et samedi.

8 Mars. — MM. Renault, 18. — Soupault, 17. — Dupré, 18.

9 Mars. — Gougol, 17. — Lamy, 17. — Macaigne, 18.

10 Mars. — MM. Aviragnet, 20. — Gallois, 17. — Bélin, 19.

Prochaines séances samedi 11 Mars, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu et dimanche 12 Mars, à 9 h. 3/4 du matin, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le jury est provisoirement constitué par MM. Picqué, Ricard, Blum, Bazy, Polailhon, Lejars, Audhoui; M. Audhoui seul n'a pas encore accepté.

Amphithéâtre d'anatomie. Programme des cours de la saison d'été (Année 1899). — 1^{er} Cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Quénu, directeur des travaux scientifiques. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le vendredi 14 Avril 1899.

2^o Conférences d'histologie. — Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication.

Clinique psychiatrique. Asile de Villejuif. — Service de M. Toulouse. Le vendredi à 9 h. 1/2, visite dans les salles; conférences cliniques au lit des malades. (Tramway: Châtelet-Villejuif; trajet: une heure.)

NOUVELLES

Paris et Départements.

Médecine opératoire. — Les exercices pratiques du cours de médecine opératoire auront lieu tous les mer-

credis, à 4 heures, à partir du mercredi 8 Mars, au pavillon n° 1 de l'Ecole pratique. Professeur, M. TERRIER.

Consultations du dimanche. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris porte à la connaissance des intéressés que le service des consultations externes dans les hôpitaux fonctionnera, à l'avenir, les dimanches et les jours de fêtes.

Comme pour les jours ordinaires de la semaine, les portes du service des consultations seront ouvertes à 8 heures du matin. Elles seront fermées à 9 heures, heure à laquelle commenceront les consultations.

Le nouvel ordre de service dont il s'agit commencera à partir du dimanche 26 Mars courant.

Protestation. — Le Syndicat des Médecins des stations balnéaires a envoyé la protestation suivante à MM. les députés, membres de la Commission du projet Vacher:

« Paris, le 27 Février 1899.

« Messieurs les députés,

« Le Syndicat des Médecins des stations balnéaires, dans sa réunion du 22 Février, a chargé son bureau de vous transmettre une protestation énergique contre le projet d'impôt, dit projet Vacher, sur les bouteilles d'eaux minérales.

« Ce projet, s'il était voté, aurait pour résultat de diminuer l'exportation au dehors de nos eaux minérales et, par conséquent, de porter un sérieux préjudice à une industrie très importante.

« C'est un point qui vous a été exposé avec documents à l'appui par les intéressés.

« Nous nous arrêtons, de préférence, pour notre part, sur des arguments qui sont plus spécialement du ressort du Syndicat.

« 1^o Ce nouvel impôt aurait pour effet de diminuer, en France même, la consommation des eaux minérales et de porter un coup fâcheux à nos villes thermales, car il est démontré que pour celles qui vendent de l'eau, leur prospérité est en raison directe de cette vente.

« Or, ces villes thermales se trouvent depuis quelques années dans une situation peu satisfaisante. Ce n'est pas au moment où, sous l'impulsion de notre Syndicat et des Pouvoirs publics, elles s'imposent de grands sacrifices pour compléter leur outillage et leurs embellissements, qu'il y a lieu de leur imposer des charges inattendues.

« 2^o Le point de vue hygiénique et médical nous touche tout particulièrement.

« Vous savez que beaucoup de localités sont encore dépourvues de bonne eau d'alimentation; nombre de gens remédient à ce grand inconvénient, surtout en temps d'épidémie, par l'emploi des eaux minérales. Il serait donc plus sage d'encourager cette consommation que de l'entraver par de nouvelles taxes.

« Nous ajouterons que les eaux minérales en bouteilles sont, la plupart du temps, prescrites comme médicaments et ont, par ce fait, droit à être respectées par le fisc.

« Nous vous prions, en résumé, Messieurs les députés, de peser ces considérations, en même temps que celles qui vous ont été soumises par les parties directement intéressées et de vouloir bien repousser le projet d'impôt Vacher.

« Agrérez l'expression de nos sentiments respectueux.

« Le Secrétaire général,

« MARCELLIN CAZAUX.

« Le Président,

« ALBERT ROBIN.

Déplacement d'un médecin-major. — A la suite de l'enquête ouverte par le ministre de la Guerre sur le décès d'un élève de Saint-Cyr, mort d'appendicite, le médecin-major de l'Ecole vient d'être déplacé.

Étranger.

— Le professeur Leopold, de Dresde, est appelé à la chaire de gynécologie et d'obstétrique de l'Université allemande de Prague.

— Un journal viennois signale les cas suivants, qui montrent l'importance de plus en plus grande qu'est appelée à prendre la radiographie en médecine légale.

Un ouvrier avait reçu un coup de feu dans une bagarre. Il ne ressentit pas une grande douleur et la blessure se cicatrisa bientôt. Mais, peu de temps après, il devint progressivement aveugle. L'avocat de l'auteur de l'attentat prétendit qu'il n'y avait aucune corrélation entre la cécité et le coup de feu. L'examen radiographique permit d'établir, au contraire, que le nerf optique avait été lésé par la balle.

Un autre cas curieux est le suivant: un cocher avait essayé de tuer sa maîtresse en lui tirant deux coups de revolver dans la tête, puis s'était tiré lui-même une balle dans la poitrine. Les projectiles furent extraits et les deux blessés guérirent.

Aussitôt arrêté, le cocher prétendit que le revolver était parti tout seul et qu'il n'avait nullement eu l'intention de tuer sa maîtresse.

Le médecin légiste n'avait, en effet, trouvé qu'une balle logée dans le derrière de la tête, près de l'oreille, et d'après le trajet suivi par le projectile, l'hypothèse de simple imprudence devenait plausible. Le cocher ne fut donc condamné qu'à trois mois de prison pour blessures graves par imprudence, mais le juge d'instruction chargé de l'enquête fit procéder à un examen radiographique, et cette fois, on découvrit qu'une autre balle avait été tirée et qu'elle s'était logée au-dessous de la première. La direction suivie par le projectile ne laissait aucun doute sur la tentative de meurtre qui avait été commise.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARÉTHOUX, Imprimeur, 1, rue Cassette

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'*Extrait de foie de morue Vivien*, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'*Extrait Vivien* n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le *Vin de Vivien*

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
 Par cuillerées à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

MALADIES NERVEUSES
 EPILEPSIE, HYSTÉRIE, ECLAMPSIE, CONVULSIONS, MALADIES CÉRÉBRALES, CHORÉE, NÉVROSES en général.

TRIBROMURE DE A. GIGON

Sei contenant en proportions égales les trois Bromures: POTASSIUM, SODIUM, AMMONIUM

Ce bromure peut se donner à haute dose, son action est due à sa pureté absolue. Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure dosant exactement un gramme de Tribromure qu'il suffit de faire dissoudre au moment du besoin dans un liquide quelconque (infusion de tilleul, eau sucrée, etc.).

Dosage facile, Conservation indéfinie. Dose: Grandes Personnes, de 2 à 4 cuillerées-mesures par jour. Enfants, de 1 à 2

EN FLACONS DE 30 GR., 60 GR. ET 125 GR. et même plus, suivant indication du médecin.

Nous préparons également le **SIROP TRIBROMURÉ DE GIGON** contenant un gramme de Tribromure par cuillerée à bouche de Sirop d'écorce d'orange amère.

Ph^e GIGON, 7, Rue Coq-Héron, Paris et toutes Pharmacies. Envoi flacon d'essai à MM. les Docteurs.

Huile de foie de morue synthétique

MORUINE SOUQUE Préparée par E. FALIERES

Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GENERAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, élixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE

Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.

Sous trois formes: CACHETS..... FALIERES, A 0gr. 25 De Glicérophosphate de Quinine pur
 PILULES..... FALIERES, A 0gr. 10
 SUPPOSITOIRES FALIERES, A 0gr. 25

R. FALIERES & Cie, à Libourne et pharmacie

EUQUININE **VALIDOL**

Analeptique et Antihystérique

Même action thérapeutique que la quinine dans les fièvres, l'influenza, malaria, la fièvre typhoïde, la coqueluche, les névralgies, etc., et comme tonique.

L'**EUQUININE** n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la quinine.

Présente des effets curatifs remarquables dans l'hystérie, la neurasthénie, les affections stomacales; dans ce dernier genre de maladies, il s'adresse surtout à l'anorexie et aux nausées (non exclu mal de mer).

VENTE EN GROS: MAX Frères, 31, rue des Petites-Écuries.
 Dépôts chez tous les Drogistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

AFFECTIONS des BRONCHES et de la GORGE

Sirop et Pâte

DE

PIERRE LAMOUREUX

Ces préparations béchiques, composées de principes mucilagineux et expectorants, sont en même temps sédatives au plus haut degré. Leur saveur aromatique et agréable ainsi que leur innocuité en rendent l'administration très facile, et à ce double titre elles constituent de précieux auxiliaires dans la médecine infantile.

MODE D'EMPLOI. — Il convient de n'en faire usage que **deux heures, au minimum, avant ou après les repas.**

Dose { Sirop } 2 à 6 cuillerées à soupe, par jour, aux adolescents et adultes.
 { Pâte } 2 à 4 cuillerées à café, par jour, aux enfants au-dessus de 2 ans.
 { Pâte } 2 à 6 tablettes par jour.

ENTREPOT GÉNÉRAL: 45, Rue Vauvilliers, PARIS
 DÉPOT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de L'ÉTRANGER

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général.
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSIES Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE NATIVE COMME TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC, par M. le professeur LANDOUZY (avec 5 figures en noir) 121
SYPHILIS ET TABES, par M. TOUCHÉ 124
MORPHINOMANIE; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DU SEVRAGE RAPIDE, par M. G. COMAR 124

MÉDECINE PRATIQUE

Procédé d'extraction du fœtus en présentation du siège; mode des fesses, par M. P. PUECH 125

ANALYSES

Bactériologie: Diagnostic différentiel du bacille typhique et du bacillus coli communis par l'action du sang de lapin, par M. LASCHITCHENKO 127
Médecine expérimentale: Influence des hydrates de carbone sur la destruction des substances albuminoïdes chez les nourrissons dyspeptiques, par M. A. KELLER 127
Maladies des enfants: Double corps étranger de la trachée, par M. F. HOUSSEY 127
Neurologie et psychiatrie: Le surmenage local comme cause de la paralysie agitante, par R. V. KRAPP-ETTING 127
Dermatologie et syphiligraphie: La présence de globules blancs à granulations éosinophiles dans certaines maladies cutanées, par M. MARIO TRUFFI 127
Rhinologie, otologie, laryngologie: Sur le catarrhe trachéal hémorragique chronique, par M. F. MASSEL. — La bactériologie des fosses nasales à l'état physiologique, par M. CARLO MONARI 128
Thérapeutique et matière médicale: Un nouveau médicament antifebrile et antirhumatismal dans la thérapeutique infantile, par M. A. SCHUDSMAN. — Traitement du diabète sucré, par M. MEYER 128
Médecine légale et toxicologie: Intoxication par l'antipyrine, par M. G. GRAUL 128

Réponse à quelques questions concernant l'appendicite, par M. le professeur DIEULAFOY 101

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine: Réponse à quelques questions concernant l'appendicite, M. DIEULAFOY. — Gros-sesse extra-utérine opérée; extraction d'un enfant vivant, MM. PINARD et SEGOND. — De l'abaissement de la température chez les enfants débiles, M. BUDIN. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sur l'appendicite, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Advérisme de l'artère sous-clavière guéri par le traitement chirurgical, M. GÉRARD-MARCHANT 102

Société de biologie: Le microbe de la gélivure; les conditions de terrain, M. CHARRIN. — Le milieu marin organique, M. R. QUINTON. — Sur quelques faits favorables à la sympathéctomie dans l'épilepsie, M. C. PAULY, M. DEZERAIN. — Troubles de la sensibilité après suture du médian, M. RÉMY. — Épilepsie et fibrillations, MM. TOULOUSE et MARCHAND. — Sur le sort de la toxine tétanique introduite dans le tube digestif, M. G. CARRIÈRE 103

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la broncho-pneumonie par l'acétate de cuivre 103

RÉPONSE A QUELQUES QUESTIONS

CONCERNANT L'APPENDICITE

Par le Professeur G. DIEULAFOY.

Ce n'est pas sans quelque surprise que j'ai vu M. Tillaux essayer, à la dernière séance de l'Académie, de repêcher le traitement médical de l'appendicite. Notre éminent collègue est un vaillant lutteur, mais vraiment, il choisit mal son moment pour élever la voix en faveur d'un simulacre de traitement qui, fort heureusement, est en train d'agoniser. Avant la communication de M. Tillaux, nous venions justement d'entendre l'argumentation solide et serrée de M. Reclus. Dans cette argumentation, notre collègue, accumulant les faits et les preuves, et ruinant, pièce en mains, une classification des appendicites sur laquelle on avait essayé d'édifier une ébauche de traitement, déclare, une fois de plus, d'une façon absolue, « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ».

À la Société de chirurgie, c'est une vraie débâcle pour ceux de nos honorables collègues qui voudraient encore soutenir ce soi-disant traitement médical, qui n'est, à tout prendre, qu'une temporisation déguisée. Dans un élan presque unanime, nous voyons les chirurgiens s'élever avec raison contre cette temporisation néfaste; c'est à qui produira des faits, des statistiques pour appuyer la formule que nous avons soutenue ici avec MM. Reclus et Pinard « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ».

dicite ». Telle est l'opinion formelle de MM. Chaput, Segond, Pozzi, Poirier, Routier, Kirmisson, Tuffier, Michaux, Hartmann. Ce mouvement contre la temporisation, c'est-à-dire contre le pseudo-traitement médical, s'est encore accentué dans les dernières séances de la Société de chirurgie. MM. Tuffier, Picqué et Routier ont apporté des faits nouveaux qui condamnent la temporisation; M. Peyrot dit bien haut « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite et que l'intervention immédiate doit être la règle »; M. Kirmisson considère comme un devoir impérieux pour les médecins de faire opérer leur malade dès le début. M. Gérard-Marchant, dans la lettre que voici, me fait savoir qu'il est absolument dans les mêmes idées :

Lettre ouverte à M. le professeur Dieulafoy.

12 Mars 1899.

« Mon cher maître,
 « Dans la discussion de la Société de chirurgie sur l'appendicite, j'ai écrit (séance du 22 Février 1899) que lorsqu'on se trouvait en présence d'une appendicite aiguë, caractérisée par une simple douleur, au niveau du point de Mac Burney, avec réaction locale et générale modérées, l'intervention ne s'imposait pas, et qu'on pouvait attendre. Cette opinion se basait sur six observations dont j'avais été le témoin.

« Avec une courtoisie tout amicale, mais aussi avec une conviction absolue, vous avez protesté du haut de la tribune de l'Académie contre cette affirmation. Plusieurs de nos collègues de la Société de chirurgie ont adopté sans réserve votre « formule » intransigeante de radical endurci : opérer toujours « et en temps voulu. »

« Que me restait-il à faire? Réunir de nouvelles observations, recueillies avec sincérité pour vous combattre, ou me rendre!

« L'attente ne devait pas être longue.

« Vendredi 10 Mars, à 2 heures, mes internes me téléphonaient qu'on venait d'apporter à Boucicaut une femme atteinte d'appendicite : quelques instants après j'étais à l'hôpital, et me trouvais en présence d'une grande et forte fille de vingt-cinq ans, qui me raconta que la veille, à 5 h. 1/2 du matin, elle avait été prise pour la première fois d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur survenue

CARABANA PURGE GUÉRIT

VIN OXYGÈNE PANCHEVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHEVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

GUILLIERMOND SIROP 1000-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES DE LA PEAU

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 21, 15 MARS 1899.

DRAGÉES DE FER COGNET
 Protosalate de Fer et Quassine cristallisée.
 LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
 Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINTE-GALMIER BADOIT
 CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

VICHY-CÉLESTINS

“ NEUROSINE PRUNIER ” — Reconstituant général.

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

brusquement et sans cause appréciable; — que la journée s'était passée sans trop de souffrance, mais que celle-ci s'était réveillée très vive dans la matinée, pour diminuer ensuite; — que deux vomissements bilieux s'étaient produits, qu'il y avait eu deux selles peu abondantes.

« Une douleur très nette mais modérée existait en dedans du cœcum, dans la zone dite *appendiculaire*. Le reste de l'abdomen était indolore à la pression, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche.

« La défense musculaire était presque inappréciable; — il n'existait aucune hyperesthésie cutanée, et le ventre n'était pour ainsi dire pas ballonné; — aucune modification de la percussion.

« Le pouls était à 116; faible, mais régulier; le thermomètre marque 38°3. La langue est saburrale.

« Après m'être assuré qu'il n'y avait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes, constaté que le rein droit était en place, rejeté l'idée d'une colique hépatique ou néphrétique, j'admis une appendicite. Mais, ajoutai-je, cette appendicite ne s'accompagne même pas d'hyperesthésie cutanée, de défense musculaire! Il y a une simple douleur avec réaction locale et générale modérées, et, d'après mes idées, on pourrait différer sans inconvénients le moment de l'intervention.

« Je l'opérai cependant séance tenante, obéissant à cette pensée que dans un service hospitalier comme celui de Boucaut, cette malade ne courrait aucun risque opératoire; — que l'opération, sans être urgente devait être pratiquée un jour ou l'autre, — qu'enfin il me serait possible de vérifier qui avait raison, des interventionnistes de la première heure, ou des temporisateurs?

« Le péritoine était à peine incisé, qu'il s'écoula le contenu d'un verre à bordeaux de *sérosité purulente*. L'appendice vertical interne était libre de toute adhérence et plongeait dans cette sérosité — il était très long et formé de deux parties: 1° une portion caecale, de calibre régulier, sans notable augmentation de volume, et avec de simples arborisations à la surface, et une seconde portion *libre*, véritable vésicule de la dimension d'une petite cavité, séparée de la première par un étranglement en goulot très serré. A la surface de cette sphère globuleuse *rouge, tuméfiée, lie de vin*, contrastant avec l'intégrité de la partie adhérente de l'appendice, existait une perforation, petit trou à l'emportepièce, comme une tête d'épingle.

« La cavité close, l'étuve *appendiculaire* comme vous dites, était fissurée en un point, et avait déversé son produit septique dans le péritoine. Déjà la péritonite évoluait, puisque les anses intestinales présentaient de fines arborisations, que le grand épiploon était rouge, épaissi, baignant dans la sérosité purulente.

« Cette observation se passe de commentaires: elle est votre triomphe, et la justification de votre radicalisme opératoire! Si vous me concédez que le diagnostic de l'appendicite aiguë est parfois difficile, qu'avant de prendre le bistouri il faut éliminer attentivement tout ce qui peut la simuler, je me range sous votre drapeau, et, en soldat attardé mais définitivement convaincu, je demande à mener avec vous le bon combat! (La malade va aussi bien que possible.)

« Croyez, mon cher maître, à mes sentiments d'affection et de dévouement.

« D^r GÉRARD-MARCHANT. »

Vous le voyez, Messieurs, voilà ce qui reste du traitement médical; on a fini par s'insurger contre la vessie de glace, le purgatif ou l'opium, qu'on avait eu la singulière prétention d'ériger en traitement médical de l'appendicite. Et si une chose est faite pour nous surprendre, c'est que ce traitement médical, vieux reliquat d'anciennes théories erronées, n'ait pas succombé plus tôt aux coups qu'on lui avait portés. Le plus terrible de ces coups, il l'a reçu de M. Chauvel. M. Tillaux se rappelle comme nous la statistique si instructive de M. Chauvel. Cette statistique, élaborée pendant trois années avec une scrupuleuse exactitude, nous montre que les résultats du traitement dit médical se chiffrent par l'effrayante mortalité de 30 pour 100; sans compter que les malades qui n'ont pas succombé à leur première attaque appendiculaire, sortent de là avec un appendice adultéré prêt aux récidives souvent mortelles.

Que peut répondre M. Tillaux à tant de preuves accumulées? Quelles sont les raisons puissantes qui le poussent à nous parler encore de ce traitement

médical, de cette temporisation déguisée qui a fait tant de mal et dont on ne veut plus? Si notre collègue me le permet, je vais encore lui citer de nouveaux faits qui vont diamétralement à l'encontre de ses idées. Ma statistique se compose actuellement de 66 cas d'appendicite que j'ai suivis de près, de très près, qui ont été opérés par les chirurgiens dont voici les noms par lettre alphabétique: MM. Bouilly, Chaput, Cazin, Hartmann, Lucas-Championnière, Monod, Gérard-Marchant, Marion, Pozzi, Richelot, Routier, Segond. Neuf de ces malades sont morts, et les seuls qui soient morts, ce sont, je le déclare, ceux qui ont été opérés trop tard, alors qu'on avait perdu un temps précieux à instituer un traitement médical. M. Pozzi n'a pas oublié l'histoire de ce jeune enfant que je lui demandai de venir opérer à Trouville; quand je vis cet enfant, au cinquième jour de son appendicite, il était en pleine péritonite généralisée, et le médecin traitant me répondit: « J'ai institué chez cet enfant le traitement médical que des maîtres préconisent: le repos absolu, la vessie de glace, le purgatif et l'opium; je n'ai donc rien à me reprocher. » En réalité, le médecin traitant était logique, mais, en dépit de sa logique, la mort fut le résultat de la temporisation déguisée sous les apparences du traitement médical, et l'opération trop tardive ne put sauver l'enfant.

M. Routier se rappelle certainement cette fillette de onze ans que nous avons vue au septième jour d'une appendicite en pleine péritonite. Le confrère qui soignait cette enfant nous répondit: « J'ai appliqué à cette enfant le traitement médical préconisé par des maîtres: le repos absolu, la vessie de glace et l'opium; je n'ai donc rien à me reprocher. » En réalité, le raisonnement de ce confrère était logique, mais, en dépit de la logique, la mort fut le résultat de la temporisation déguisée sous les apparences du traitement médical, et l'opération trop tardive ne put sauver la malade.

M. Pinard a certainement présente à l'esprit l'histoire de cette pauvre jeune femme que nous avons vue il y a quelques semaines au cinquième jour de son appendicite avec une péritonite généralisée; les médecins qui l'avaient soignée dès le début de son mal nous répondirent: « Nous avons mis en usage chez cette malade le traitement médical conseillé par des hommes autorisés: le repos absolu, les purgatifs légers, l'opium; nous n'avons donc rien à nous reprocher. » Ce raisonnement ne manquait pas de logique; néanmoins, la mort fut le résultat de la temporisation déguisée sous les apparences du traitement médical, et l'opération trop tardive ne put sauver la malade.

Il y a une douzaine de jours, le 2 Mars, j'étais appelé d'urgence auprès d'un homme de quarante-cinq ans, gravement atteint. Je le trouvai au septième jour d'une péritonite appendiculaire généralisée, et le confrère qui lui donnait ses soins, reconnaissant et déplorant le mauvais service que lui avait rendu le traitement médical, le repos absolu, la glace et l'opium, ne put s'empêcher d'ajouter: « Mais pourquoi aussi des hommes qui sont des maîtres viennent-ils nous parler de l'efficacité du traitement médical, on nous induit en erreur, nous praticiens qui n'avons pas d'expérience personnelle et voilà, hélas! le résultat de ce traitement! » Sur les supplications de la famille, M. Segond voulut bien consentir à pratiquer l'opération *in extremis*, le malade succomba dans la nuit.

Vous le voyez, messieurs, la mesure est comble. Non seulement le traitement médical va tomber heureusement dans l'oubli d'où il n'aurait dû jamais sortir, mais les médecins, les praticiens qui suivent vos discussions vous reprochent, non sans amertume et non sans raison, des catastrophes dont ils vous rendent responsables. Pour ma part, dès ma première communication sur l'appendicite, le 10 Mars 1896, ma conclusion avait été la suivante: « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. » Je ne saurais proclamer trop hautement cet aphorisme, avec le désir que mes paroles franchissent cette enceinte pour se répandre dans le monde médical, dans le public, dans les familles. Le traitement médical est un trompe-l'œil, il ne sert qu'à couvrir une temporisation déguisée, je le considère comme une pratique néfaste.

Conséquent avec moi-même, j'avais eu soin d'ajouter que le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'appendicite; mais encore, dirais-je, faut-il que l'opération soit faite en temps voulu. M. Tillaux me demande quelques explications sur cette formule: « opérer en temps voulu. » Ce sera

pour moi un plaisir de lui répondre. Lors de ma dernière communication sur l'appendicite, j'ai essayé d'en ébaucher les principales modalités. Il y a des appendicites à début bruyant, douloureux, fébrile, qui, en peu de temps, en quelques heures, acquièrent une très vive intensité. Ici l'opération précoce, hâtive, est la règle absolue; ces appendicites doivent être opérées dans les vingt-quatre heures aussi rapidement que les circonstances le permettent; c'est, en pareil cas, que l'opération renvoyée au lendemain peut coûter la vie au malade, car la terrible toxico-infection appendiculaire aura eu le temps de se généraliser.

Il y a, d'autre part, des appendicites à début peu bruyant, peu douloureux, peu ou pas fébrile; ici la marche des accidents est moins rapide, mais qu'on ne s'y fie pas, car, sous leurs apparences de bénignité, ces appendicites n'en aboutissent pas moins à des accidents redoutables et trop souvent mortels. Toutefois, l'opération, alors même qu'elle n'est pas pratiquée d'une façon hâtive et précoce, a toutes les chances de sauver le malade; l'opération faite le second jour est encore pratiquée « en temps voulu ». En résumé, pour mettre tous les atouts dans son jeu, vingt-quatre heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites d'apparence grave, et trente-six heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites d'apparence légère. Cette formule, je crois, donne toute sécurité; si elle pouvait être toujours mise en pratique, on ne mourrait pas d'appendicite.

Me voici donc tout naturellement amené à répondre à M. Tillaux au sujet de cet aphorisme contre lequel il a protesté.

J'ai dit qu'avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée en temps voulu et suivant les règles de l'art, on ne devrait jamais mourir d'appendicite. C'est ma conviction absolue; sur mes 57 malades opérés en temps voulu, aucun n'est mort. Je suis un admirateur passionné de la chirurgie, je lui vois faire de si belles choses que ma confiance n'a pas de limites; dans mon enseignement clinique, à l'Hôtel-Dieu, dans mes publications, je cherche pour ma modeste part à accentuer le beau mouvement médico-chirurgical qui marquera notre époque. Mais je conserve avec un soin jaloux le patrimoine et nos prérogatives médicales que je ne veux pas laisser entamer. Que M. Tillaux soit donc un peu moins sévère à mon égard. Il a peut-être oublié que je fus autrefois son élève à l'École pratique; ce n'est donc pas d'hier que j'aime la chirurgie et je suis bien capable de mourir dans l'impénitence finale. Toutefois, je compte bien un peu que M. Tillaux ne me refusera pas l'absolution.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Mars 1899.

Réponse à quelques questions concernant l'appendicite. — M. Dieulafoy. (Voir même numéro, p. 101.)

Grossesse extra-utérine opérée; extraction d'un enfant vivant. — MM. Pinard et Segond présentent une femme chez laquelle le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé au sixième mois et l'extraction du fœtus pratiquée deux mois et demi plus tard.

Cette femme, âgée de trente-sept ans, avait eu déjà sept grossesses, toutes terminées à terme par des accouchements spontanés.

L'opération fut faite le 21 Décembre 1898.

Le sac est extériorisé par simple incision de la paroi abdominale et de la paroi kystique, le fœtus fut extrait, puis les rebords de l'enveloppe furent suturés à la paroi abdominale.

Aujourd'hui, il ne reste plus de cette opération que la trace d'une cicatrice arrondie. L'enfant est en parfaite santé; il pesait 2,875 grammes à sa naissance, il pèse aujourd'hui 4,775 grammes.

C'est la deuxième observation de ce genre que M. Pinard présente à l'Académie. Dans les deux cas, la grossesse a pu être conduite à terme, grâce à une bonne hygiène. Ces faits prouvent que les enfants nés dans ces conditions peuvent, aussi bien que les autres, arriver à un complet développement.

De l'abaissement de température chez les enfants débiles. — M. Budin. Les observations ont montré que l'enfant aussitôt après sa naissance se refroidissait. Si le nouveau-né est débile, et si les plus grandes

précautions ne sont pas prises, sa température peut s'abaisser d'une façon considérable.

En entrant à la Maternité, en 1895, M. Budin constata que les enfants amenés du dehors pour entrer au service des débiles se trouvaient souvent dans de déplorables conditions.

Beaucoup d'entre eux, en effet, présentaient un refroidissement considérable et mouraient dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures, d'autres vivaient plus longtemps mais finissaient par succomber. Dans quelles proportions mouraient-ils ?

Dans les années 95, 96 et 97, 142 enfants furent admis ayant une température rectale de 32° ou moins de 32°.

Sur ces 142 enfants, 139 sont décédés; la mortalité a donc été de 98 pour 100.

Evidemment, d'autres causes doivent entrer en ligne de compte : la syphilis, les troubles digestifs, etc., mais l'abaissement de température a dû jouer le rôle capital.

En effet, à la clinique Tarnier, M. Budin a pris toutes les précautions pour empêcher les nouveau-nés de se refroidir et ceux qui se trouvaient en état de faiblesse congénitale étaient immédiatement mis en couche.

Du 15 Mars au 31 Décembre 1898, la mortalité des enfants pesant 2.000 grammes et moins n'a été dans cette clinique que de 26,5 pour 100.

Pour les enfants pesant 2.000 grammes et au-dessous, et dont la température était comprise entre 32° et 33° lors de leur admission à la Maternité, la mortalité a été de 90 pour 100.

Ces abaissements de température ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le supposer, car pendant les trois années 95, 96 et 97, 297 enfants ont été recueillis dans ces conditions. Le total des admis ayant été de 1114, on voit que 26,6 pour 100 des enfants avaient une température ne permettant pas la survie.

L'examen des statistiques montre encore que le refroidissement est d'autant plus grave que la température tombe plus bas, et les enfants meurent d'autant plus facilement que leur poids est moins élevé.

De grandes précautions doivent donc être prises pour le transport des enfants nouveau-nés.

L'Assistance publique, depuis quelques années, fait voyager dans des trains rapides les nourrices qui emportent ces enfants; elles sont en outre placées dans des wagons de 2^e classe, bien chauffés. Les mêmes précautions doivent être exigées pour les autres nourrices.

L'hiver, les enfants déposés dans les tours, ceux qu'on conduisait autrefois à la mairie, ceux qu'on transportait dans des églises froides couraient grand risque de succomber. On ne saurait donc prendre trop de précautions pour éviter le refroidissement des nouveau-nés et surtout des débiles.

M. Lucas-Championnière croit aussi que le refroidissement est une cause fréquente de mort chez les enfants débiles, et qu'on a tué beaucoup d'enfants en les baignant systématiquement et sans précautions.

Sur l'appendicite. — M. Lucas-Championnière. On a divisé les chirurgiens en interventionnistes et en non-interventionnistes, et on m'a mis presque de force dans cette seconde catégorie, à la suite de ma communication de l'an dernier sur l'appendicite.

J'avais simplement protesté contre la facilité trop grande avec laquelle, depuis les communications de M. Dieulafoy, on faisait le diagnostic d'appendicite. Mais M. Dieulafoy a complété son œuvre et nous a exposé, dans une série de descriptions magistrales, les symptômes et l'évolution trompeurs de l'appendicite; il nous a appris à faire le diagnostic et le pronostic de cette affection, ce qui est parfois si difficile.

Comme tous les chirurgiens, je suis convaincu que dès que l'existence d'un foyer de suppuration est reconnue, il faut intervenir par le bistouri; lorsqu'on n'intervient pas, c'est qu'on a méconnu l'existence du pus. Mais cela n'entraîne pas que toute appendicite doit être opérée le plus vite possible; car, contrairement à M. Reclus, je n'ai pas toujours trouvé de pus lorsque j'ai opéré des appendicites.

Je ne suis pas de l'avis de M. Tillaux sur la conduite à tenir dans le traitement de l'appendicite. M. Tillaux ne se soucie pas d'opérer un malade à sa première attaque, mais lorsqu'une deuxième et surtout une troisième attaque surviennent, il s'empresse d'intervenir, craignant une évolution fatale. Or ce n'est point à la troisième attaque que j'ai observé ces formes foudroyantes d'appendicite, mais au contraire à la première attaque.

C'est seulement à l'égard d'appendicite chronique, que mon opinion diffère de celle de M. Dieulafoy. Je crois que ces formes peuvent guérir par un traitement médical qui s'adresse surtout à l'entérocolite, cause première de l'appendicite. Car je ne pense pas que toute appendicite soit due à l'existence d'une cavité close.

Il semble que l'appendicite soit devenue réellement plus fréquente qu'autrefois. Elle est d'ailleurs plus répandue en certains pays qu'en France. Peut-être le mode d'alimentation entraînant des troubles digestifs, est-il pour quelque chose dans l'étiologie de l'appendicite.

Dans les cas d'appendicite chronique, je suis et reste encore partisan de l'évacuation intestinale au moyen des purgatifs. C'est d'ailleurs une pratique très répandue aujourd'hui parmi les chirurgiens.

Anévrysme de l'artère sous-clavière guéri par le traitement chirurgical. — M. Gérard-Marchant présente un homme de cinquante-deux ans, porteur

depuis deux ans d'un volumineux anévrysme de l'artère sous-clavière droite, qui fut soumis pendant sept mois sans résultat au traitement par les injections de sérum gélatineux, et qui est aujourd'hui complètement guéri grâce à la ligature de l'artère maxillaire et de l'artère carotide primitive droites, pratiquée le 17 Décembre 1898.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Mars 1899.

Le microbe de la gélivure. Les conditions de terrain. — M. Charrin. Les modifications subies par les tissus prennent, dans la genèse des maladies, une importance de plus en plus considérable. Malheureusement, la complexité des phénomènes, chez l'animal, rend, en pareille matière, la précision difficile; le règne végétal, à ce point de vue comme à celui de l'éducation des parasites, des lésions, etc., offre d'intéressants enseignements.

À cet égard, j'ai étudié, avec M. Viala, un bacille court, ovoidal, polymorphe, qui engendre l'affection désignée en viticulture sous le nom de gélivure.

Ce microbe se développe dans la couche génératrice, emplit parfois les vaisseaux, causant le dessèchement, le noircissement des rameaux, leur mort au bout de cinq ou six ans. Comme chez les animaux, les tissus réagissent; il se forme des fissures, des sortes d'ulcérations, de chancres, de cicatrices, des dépôts de pigment, etc.

Il est possible de modifier ce germe au point de l'adapter au règne animal; il pullule à + 25°, jusqu'à + 10°, + 12°; il ne tue d'abord que le poisson; or, grâce à des passages, on relève sa virulence; on parvient à le rendre capable de faire naître quelques troubles morbides chez le lapin.

Pour l'inoculer à d'autres plantes, il est nécessaire d'user des sels de potasse, de chaux, autrement dit, de combattre l'acidité des tissus. J'ai, en effet, montré depuis longtemps que si les végétaux ne sont pas protégés par la phagocytose, chez eux la solidité des défenses anatomiques, l'intensité des réactions, comme l'ont vu plus récemment Kornauth, Sternberg, Laurent, acquièrent une haute importance.

Grâce à ces recherches, on met nettement en évidence l'influence des matières minérales; on peut aussi établir celle de l'hydrémie en prouvant que l'abondance de l'eau, de l'humidité du sol, favorise l'éclosion du mal. On voit donc que la pathologie végétale concourt à montrer plus simplement la portée des variations du terrain.

Le milieu marin organique. — M. R. Quinton. Je résume les raisons qui semblent confirmer mon hypothèse de la constance marine du niveau organique à travers la série animale. L'anatomie comparée montre, en effet, nettement que tout organisme descend de formes précédemment marines, et, par conséquent, de cellules primordiales qui vivaient au contact même de l'eau de mer; les premiers organismes (éponges, coraux, échinodermes) n'ont pour milieu intérieur que l'eau de mer circulant dans leurs tissus et apportant à chaque cellule l'oxygène et les matériaux nutritifs nécessaires à la vie. Chez les échinodermes, la fermeture de l'animal au milieu extérieur, s'opère graduellement jusqu'à constitution du véritable milieu intérieur clos, lequel se révèle ainsi ce qu'il est réellement: le simple milieu extérieur marin, progressivement englobé. Or, le milieu intérieur des organismes les plus élevés présente la composition minérale de l'eau de mer elle-même (mêmes sels, mêmes corps se sériant dans le même ordre d'importance: 1° Na, Cl; 2° K, Mg, Ca, S; 3° Fa, Br, I, Cu, Pl, Si). Le globe blanc qu'on n'avait jamais pu faire vivre dans aucun milieu artificiel, vit parfaitement dans l'eau de mer, et cela à travers toute la série animale, de l'éponge au vertébré, à l'homme. Il en résulte donc bien que les organismes, en s'élevant et en se différenciant, sont demeurés les colonies de cellules marines qu'ils ont été à leur origine. Un organisme est, en pareil lieu, une masse d'eau de mer, où vivent dans les conditions aquatiques des origines les cellules qui la constituent.

Je crois pouvoir conclure, au point de vue pratique et clinique, que l'isotonie des injections salines ne doit pas être réglée sur la concentration du sérum total, mais sur celle de la partie uniquement minérale (marine) du sérum.

Sur quelques faits favorables à la sympathéctomie dans l'épilepsie. — M. Chipault. J'apporte quelques nouvelles observations d'épileptiques traités par la sympathéctomie. Mes malades ont été très améliorés et ont vu leurs crises diminuer dans une notable proportion de nombre et d'intensité. Ces résultats obtenus démontrent que l'effet de la sympathéctomie n'est point immédiat, et cette constatation semble démontrer que les améliorations ou les guérisons observées ne sauraient être en rien attribuées au traumatisme opératoire en tant que traumatisme.

M. Dejerine. Les malades opérés par M. Chipault n'ont pas été suivis depuis assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer de façon définitive sur la valeur de ce traitement chirurgical. Les rémissions au cours du mal comitial peuvent persister durant des mois ou des

années sans que nous puissions saisir la raison de ces amendements spontanés.

Troubles de la sensibilité après suture du médian. — M. Rémy. J'ai constaté chez deux malades, après section accidentelle du médian et suture nerveuse consécutive, un trouble spécial de sensibilité. Il s'agit d'une erreur de localisation. La piqûre faite au niveau d'un doigt n'est perçue qu'au niveau d'un des autres doigts. L'hystérie dans ces cas n'était pas en cause; l'interprétation de ces faits semble résider dans la non concordance absolue des filets nerveux au niveau de la suture.

Epilepsie et fébricitants. — MM. Toulouse et Marchand. Nous apportons deux observations qui montrent, après d'autres, que les maladies infectieuses peuvent suspendre les accès épileptiques, tout en se comportant différemment dans leurs conséquences ultérieures. L'action favorable n'a duré qu'au cours de la période fébrile, bientôt remplacée au moment de la convalescence par une reprise plus intense des crises comitiales.

Sur le sort de la toxine tétanique introduite dans le tube digestif. — M. G. Carrière (de Lille). J'ai constaté, après quelques auteurs, que la toxine tétanique, introduite dans le tube digestif, ne tuait pas les animaux, même à dose 10.000 fois mortelle.

Elle ne les immunise pas et ne confère à leur sérum aucune propriété antitoxique.

La toxine tétanique ne traverse pourtant pas le tube digestif sans être modifiée ou sans être absorbée.

À la suite d'expériences suivies, j'ai établi que la ptyaline de la salive, le suc gastrique, la pancréatine détruisent la toxine tétanique. La bile l'atténue considérablement. Les microorganismes intestinaux l'atténuent sans la détruire *in vitro* et *in vivo*. L'épithélium intestinal ne la modifie pas. Les oxydases leucocytaires l'atténuent notablement.

C'est sous l'action de ces divers facteurs que la toxine tétanique reste inactive.

(A suivre.)

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la broncho-pneumonie par l'acétate de cuivre.

En s'appuyant sur les propriétés antiseptiques des sels de cuivre, M. E. Luton (de Reims) a eu l'idée d'essayer les préparations cupriques dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile. Les résultats ont toujours été satisfaisants lorsque le traitement pouvait être institué dès le début.

La formule employée de préférence était la suivante :

Acétate de cuivre 0,10 centigr.
Julep gommeux 100 grammes.

Deux cuillerées à café contiennent ainsi un centigramme de substance active. C'est la dose moyenne. Cependant, dans les cas sérieux, il ne faut pas craindre de la dépasser et de prescrire deux centigrammes d'acétate de cuivre en vingt-quatre heures. Les tout jeunes enfants supportent très bien le médicament.

C'est là toute la thérapeutique vis à vis de la broncho-pneumonie. Toutefois, lorsque la dyspnée est trop intense, on peut avoir recours aux cataplasmes sinapisés qui soulagent beaucoup les enfants. De même, au cours de la maladie, il est quelquefois utile de donner à ces enfants une très petite quantité de cognac dans de l'eau sucrée.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Première épreuve clinique (suite). — 11 Mars. — MM. Péron, 15. — Hudelo, 17. — Dufour, 17.

12 Mars. — MM. Achalmé, 15. — Sallard, 47. — Veillon, 19.

14 Mars. — MM. Lévi (Léopold), 19. — Bezançon, 19. — Tissier (Paul), 18.

Prochaine séance (épreuve orale), jeudi 16 Mars, à 4 h. 3/4, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le jury est définitivement constitué de la manière suivante :

MM. Picqué, Ricard, Blum, Bazy, Polailon, Lejars, Audhoui.

Concours des hôpitaux (Accouchements). — Ce concours, pour la nomination à une place d'accoucheur, sera ouvert le lundi 29 Mai 1899, à midi, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria. Les inscriptions sont reçues du lundi 1^{er} Mai au samedi 13 Mai, de midi à trois heures.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;
2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Nouveau Remède
contre la
TUBERCULOSE

THIOCOL "Roche"
SULFO-GAÏACOLATE de POTASSIUM

Le THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOCOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le THIOCOL n'a pas d'odeur.
Le THIOCOL est soluble dans l'eau.
Le THIOCOL n'est pas toxique.

Envoi franco d'Échantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

HÉMORRHAGIES LYPHATISME
ANÉMIE CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 3, quai de Retz, LYON
Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)
Phosphite de Gaïacol, synonyme "GAÏACOPHOSPHAL" (Déposé)

MORRHUOMALTOL GLYCÉROPHOSPHATÉ de ECALLE
Remarquable Général des SYSTÈMES OSSEUX, NERVEUX et SANGUIN. — Renferme tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : Chlorure, Bromures, Iodures, etc. du Malt, Diastase, etc. et 0 gr. 25 de Ech* gratuit aux Médecins. P^{re}, 38, R. du Bac, Paris. Glycère-phosphate séché chimiquement par oséose.

LYSOL ANTISEPTIQUE. — Échantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.
22 et 24, PLACE VENDÔME

Granules de Catillon à 1 Milligr. d'Extrait Titré de
STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, révoient le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON, Paris, 3, Boulevard St-Martin.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE
Tablettes de Catillon
à 0^{re}.25 de corps
THYROÏDE

Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl. 3 fr.

1 cuillerée à café équivalent à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.

DRAGÉES
1 dragée équivalent à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.

ÉLIXIR
Ou extrait boire du Vin d'Espagne, 1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le grand flacon 5 fr.

SIROP
1 cuillerée équivalent à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le flacon 4 fr.

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié en sciences, ex-Interne des hôpitaux — Médaille d'Or des Travaux chimiques

Délicieuse au goût
La Pangaduine
Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue
Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée: Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète. Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS
SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN — Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY — Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER — Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE — Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE — Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ — Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
F. JAYLE — Assit. de Gynécologie à l'hôp. Broca.
E. DE LAVARENNE — Médecin des Eaux de Luchon.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

CHLOROSE AIGUE LIÉE A L'EXISTENCE PROBABLE D'UNE OVARITE AIGUE, par MM. G. ETIENNE et J. DEMANGE 129

MÉDECINE PRATIQUE
Traitement des ulcères de l'estomac, par M. G. JORISSENNE 130

ANALYSES
Médecine : Cancer primitif du pancréas à évolution lente, par M. W. EBSTEIN 132
Obstétrique et gynécologie : Documents pour servir à l'histoire de la symphysiostomie, par M. ABRELY. — Quelques mots sur la pratique gynécologique aux Antilles françaises, par M. R. PICHEVIN 132
Maladies des enfants : Traitement de l'hydrocéphalie chronique par le drainage intra-cranien, par M. M. SCHRAMM 132

Les avantages de l'allaitement artificiel par le lait d'ânesse, par M. A. CASAMAYOR 105

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Sur le traitement des luxations congénitales de la hanche, M. BRUN. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver chez une femme enceinte de trois mois; huit perforations intestinales; laparotomie une heure et demie après l'accident; suture des perforations; guérison, M. TEFTHIER. — Toison totale de l'intestin, M. ROUTIER, MM. MICHAUX, DELBERT, WALTHER, ROBERT. — Appendicite aigue perforante; opération vingt-deux heures après le début; extirpation de l'appendice; guérison, M. QUÉNU. — Anévrysme artérioso-veineux de la fémorale superficielle, M. CLAUDEL. — Nouveau procédé de suture profonde, M. BERGER. — Hernie à double sac du cœcum, M. BERGER. — Ostéomyélite du tibia, M. WALTHER. — Calcul du bassin, M. NÉLATON. — Tumeur de la région parotidienne, M. SEBILLEAU. — Anévrysme du tronc innominé; ligature de l'axillaire et de la carotide primitive droite, Guérison, M. GÉNARD-MARCHANT. — Epithélioma bilatéral du sein, M. BERNIER. — Appendice, M. WALTHER, M. ROUTIER. — Erratum 107

Société médicale des hôpitaux : Sur un type clinique de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire sans expectoration, M. L. RINON, M. NETTER. — Des spasmes du tronc névralgiques nécessitant une intervention prolongée (tabage ou trachéotomie), M. SEVENTRE, M. VARIOT. — A propos de l'appendicite, M. FLOHARD, M. JOFFROY. — Maladie de Werlhof, M. LENOBLE. — Etude radioscopique des mouvements d'oscillation du cœur chez l'enfant sous l'influence du décubitus latéral droit et gauche, MM. VARIOT et GARCOT 108

Société anatomique : Epilepsie partielle; tumeur du temporal; trépanation, M. MORESTIN. — Résection de la sphère externe thrombosée, M. MORESTIN. — Cancer secondaire du cœur, M. H. BERNARD. — Anomalies fœtales; spina bifida antérieur, MM. BARBARIN et DEVE. — Tumeurs cérébrales multiples, M. R. CESTAN. — Myélite traumatique dorsale, avec suppression des réflexes rotuliens, par fracture de la colonne vertébrale, M. R. CESTAN. — Purpura généralisé consécutif à la scarlatine; pétéchies du péricarde et de l'endocard, M. SACQUÉBÈRE. — Kystes hydatiques frustes du foie, remplis de houe biliaire solidifiée, M. SACQUÉBÈRE. — Appendice logé dans la fosse iléo-cœcale, M. MILIAN. — Kyste dermoïde du mésentère, MM. R. MARIE, MILIAN et BERTHIER. — Enorme kyste ovarique gauche, multiloculaire, avec gros fibrome utérin, et kyste dermoïde ovaro-tubaire droit, M. DARTIGUES. — Fibrome de la grande lèvre, M. SOULI-GOUX. — Kyste de la grande lèvre droite, M. SOULI-GOUX. — Calcul diverticulaire sous-urétral, M. PASTEAU 108
Société de pédiatrie : Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire, M. BROCA, M. KIRISSON. — Hypospadias, M. VILLEMEN 109
Société de médecine légale : Une cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement, M. PENNIN DE LA TOUGHE 109

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine interne de Berlin : Pneumonie pur gangrène pulmonaire, M. A. FRANKEL, MM. KARBENNER, BOHM. — Leucémie chronique, M. HIRSCHLAPP, M. LITTEK 109
ILES BRITANNIQUES. — Société harvéienne de Londres : Tumeurs à régression spontanée, M. D'ARCY POWELL, MM. COCK, EASTER, GUTHRIE 109

PRATIQUE MÉDICALE

Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu compliqué d'albuminurie 110

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie d'urgence, par M. E. ROGHARD 110
 Répertoire thérapeutique 110

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

Bon poste médical à prendre de suite dans la Sarthe. Pour renseignements et conditions, s'adresser à M. Collin Henri, 6, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de 2 heures à 6 heures.

Postes à céder :
 — Ville de 1.700 habit., clientèle d'un rapport de 10.000 fr. Seul médecin, fait la pharmacie. S'adr. à M. Gallet, 92, boul. de Port-Royal.
 — Petite ville à trois heures de Paris, clientèle de 18 à 19.000 fr., pour cause de santé. S'adr. à M. Aug. Sagette, passage Brady.
 — A deux heures de Paris (Eure). Clientèle de 6.000 fr. S'adr. à M. Bellin, à Notre-Dame-de-Vauvreuil.
 — Dans banlieue de Paris, poste agréable. S'adr. à M. Westein, 7, rue Suger.
 — Dans Eure-et-Loir, clientèle de 6.000 fr. S'adr. à M. Gotcaik, à Breil-sur-Merz (Sarthe).

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 22 Mars 1899, à 1 heure. — M. COURVOISIER : Contribution à l'étude des cholagogues; MM. Potain, Joffroy, Lancereaux, Dupré. — M. DUMOSTY : Le chloral dans la fièvre typhoïde; MM. Potain, Joffroy, Lancereaux, Dupré. — M. LAPORTE : Appendicite et cotique de plomb; MM. Potain, Joffroy, Lancereaux, Dupré. — M. MARLAXI : Contribution à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux; MM. Joffroy, Potain, Lancereaux, Dupré. — M. BELLANGER : Contribution à l'étude de la diplopie monoculaire; MM. Tillaux, Rémy, Lejars, Méry. — M. LASSERRE : Pied bot acquis par synovite tendineuse; MM. Tillaux, Rémy, Lejars, Méry. — M. PELLIER : Sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin (cæcum et rectum exceptés); MM. Tillaux, Rémy, Lejars, Méry. — M. DELPISSE : Contribution à l'étude des différentes malformations utérines; MM. Tillaux, Rémy, Lejars, Méry. — M. LE CONNEY : Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite; MM. Terrier, Gaucher, Broca (Aug.), Leguen. — M. COTTIER : L'avenir des appendicélectes; MM. Terrier, Gaucher, Broca (Aug.), Leguen. — M. GUILBAUD : Contribution à l'étude du traitement des angiomes par l'électrolyse; MM. Terrier, Gaucher, Broca (Aug.), Leguen.

Judi 23 Mars 1899, à 1 heure. — M. TERRIER : Etude anatomo-pathologique du foie dans la gastro-entérite des nourrissons; MM. Grancher, Troisier, Roger, Marfan. — M. CHARPENTIER : Recherches expérimentales et cliniques sur le bromoforme dans le traitement de la coqueluche; MM. Grancher, Troisier, Roger, Marfan. — M. LAFARGE : Des plaies thoraciques compliquées de pénétration, et, plus particulièrement, des plaies de l'espace de Traube; MM. Le Dentu, Berger, Charria, Albarran. — M. JOUSSELIN : La dégénérescence muqueuse ou myxomateuse (infiltration colloïde) des fibres de l'utérus; MM. Berger, Le Dentu, Charria, Albarran. — M. O. LEARY : Contribution à l'étude des tumeurs primitives du squelette thoracique; MM. Berger, Le Dentu, Charria, Albarran. — M. TRÉPAUD : L'exercice illégal de la médecine dans le Bas-Poitou (les toucheurs et les guérisseurs); MM. Raymond, Chantemesse, Ménétrier, Langlois. — M. DUPUY : Sur une forme de septicémie gangréneuse d'origine otitique; MM. Chantemesse, Raymond, Ménétrier, Langlois.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 Mars 1899. — Dissection, Ecole pratique; MM. Tillaux, Retterer, Poirier. — 2^e Oral (Première partie). Ancienne bibliothèque, salle n° 2; MM. Banchard, Rémy, Launois. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série), A. R., Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1; MM. Reclus, Delbet, Lepage. — 3^e Oral (Première partie)

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

VER SOLITAIRE
 Guérison par les GLOBULES DE SECRETAN
 A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Pongère mâle des Vosges.
 Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CARABANA Purgation par régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit. Rétablit les forces. Soulage l'orgasme névral et défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Poiss.

INSTITUT ZANDER
 21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

POUGUES TONI-ALCALINE

(2^e série), A. R. : MM. Terrier, Varnier, Leguen. — 3^e Oral (Première partie), N. R. : MM. Pinard, Lejars, Sébileau. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Delens, Humbert, Broca (Aug.). — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Blum, Walther, Maclaure.

Mardi 21 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Le Dentu, Rémy, Poirier. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Haunriot, Retterer, Gloy. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Berger, Bonnaire, Faure. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Quénu, Thiéry, Wallich. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Hutinel, Chantemesse, Thiroloix. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Proust, Debove, Desgrez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Richelot, Albarran. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Jaccoud, Charin, Ménétrier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Marfan.

Mercredi 22 Mars 1899. — 1^{er} Oral (Nouveau régime), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Blum, Poirier, Sébileau. — 2^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Ch. Richet, Retterer, Launois. — 3^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 3 : MM. Humbert, Varioir, Walther. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Delens, Reclus, Maclaure. — 5^e (2^e série), Pitié : MM. Hayem, Vidal, Teissier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Delbet, Lepage.

Judi 23 Mars 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Quénu, Thiéry, Faure. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Guyon, Rémy, Wallich. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Panas, Richelot, Bonnaire. — 3^e Oral (Première partie) (3^e série) : MM. Cornil, Bar, Poirier. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Blanchard, Vidal, Thoinot. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Debove, Achard, Wurtz. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Proust, Pouchet, Vaquez.

Vendredi 24 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Terrier, Sébileau, Leguen. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Retterer, Poirier, Launois. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Potain, Vidal, Tessier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Grancher, Lancereaux, Dupré. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Blum, Reclus, Maclaure. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Delens, Delbet, Walther. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 25 Mars 1899. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Panas, Quénu, Albarran. — 2^e Oral (Première partie), Ancienne bibliothèque, salle n° 3 : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 3^e Oral (Première partie), Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1 : MM. Le Dentu, Berger, Bar. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Ancienne bibliothèque, salle n° 2 : MM. Troisier, Vaquez, Thiroloix. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Hutinel, Ménétrier, Vidal. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Roger, Achard. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Bonnaire, Richelot, Wallich.

LES AVANTAGES

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL PAR LE LAIT D'ANESSE

L'allaitement maternel continue, après la naissance, les rapports étroits qui, pendant la grossesse, unissent le fœtus à la mère. Tout ce qui contrarie ces relations physiologiques nuit aux conditions d'existence du nouveau-né, tout ce qui les resserre favorise son développement normal. Aussi, nulle alimentation ne saurait-elle mieux convenir que le lait maternel au nourrisson qui passe alors insensiblement, sans secousses, par les étapes naturelles de son évolution, et dont le fonctionnement parfait de tous les appareils est ainsi assuré.

Malheureusement, il existe des raisons très nombreuses pour lesquelles les mères abandonnent à d'autres le soin d'élever leurs enfants et remplacent l'allaitement qu'elles eussent parfois si bien réalisé, soit par des nourrices mercenaires, soit par l'allaitement artificiel. Il y a des cas assurément où la substitution de la nourrice à la mère s'impose; mais, il en est beaucoup d'autres où les jeunes femmes négligent d'élever elles-mêmes leur enfant pour des motifs futiles. On les trouve trop jeunes, fatiguées par la grossesse, elle n'ont pas assez de lait, et puis et surtout, l'allaitement est une chose pénible, difficile, demandant une grande assiduité, incompatible avec les exigences de la vie mondaine; d'ailleurs, c'est la mode d'avoir une nourrice, et on n'a que l'embarras du choix.

Les nourrices sont filles-mères ou femmes mariées, et apportent avec elles, même les meilleures, tout un cortège d'inconvénients. La fille-mère conserve souvent une moralité douteuse qui expose à bien des mécomptes. Néanmoins, l'apparence est bonne, elle est jeune, blonde ou brune, bien taillée; peu importent les habitudes, l'intelligence, le caractère, elle a du lait, elle veut le vendre, on essaie. Dès lors, cette femme devient dans la maison un meuble encombrant et respecté, dont toutes les fantaisies seront écoutées, dont les caprices ne seront guère contrariés et qui, en dépit des conseils du médecin, sera dès le premier jour transformée en machine à digérer. Il n'y a pas d'effort à faire pour cela, car la nourrice, privée de tout confortable avant de se placer, se jette avec voracité sur des aliments nouveaux pour elle et « tue son lait ». En effet, ce changement brusque de régime retentit différemment sur son économie : tantôt elle s'ennuie, devient dyspeptique et perd son lait; tantôt elle engraisse et tarit son sein; de toute façon, l'enfant tombe malade, il faut la remplacer. Elle retourne chez elle, reprend ses habitudes d'alimentation simple et revient à son enfant, qui serait mort sans elle; elle est bonne mère et parfaite nourrice.

D'autres fois, le nouveau-né prospère régulièrement pendant deux ou trois mois, puis il dépérit. Agité pendant la journée, il pleure à tout moment; la nuit il ne dort pas; enfin les convulsions arrivent, on cherche : la nourrice est alcoolique. On la renvoie pour en prendre une autre dont le mamelon est trop petit; le nourrisson ne veut plus prendre le sein, on s'ingénie, on le fait vivre quand même à la cuillère, ou au biberon, et il voit exposé aux dangers d'un allaitement artificiel mal dirigé, mal compris.

Ici, la nourrice est excellente, elle donne toutes les satisfactions possibles, mais déjà les règles réapparaissent, durant cinq à six jours, avec une série de malaises avant et après. Son indisposition retentit sur la santé de l'enfant, qui a faim, pleure et maigrit. Pour ne pas compromettre sa situation, la nourrice le bourre de lait de vache, de bouillie, de vin, pour lui donner des forces; l'estomac paiera bientôt tous ces excès.

Ailleurs, elle n'a pas ses règles, pour cause : elle est de nouveau enceinte; elle dissimule sa grossesse, continue l'allaitement le plus longtemps possible, fait un peu de fraude; l'enfant est gros surtout du ventre, car cette alimentation prématurée a déjà retenti fâcheusement sur son tube digestif.

Ajoutez à cela la surveillance qu'il faut exercer à tout instant autour des filles-mères, qui savent trouver des occasions de récider au dedans et au dehors; pensez, si la nourrice est mariée, aux sollicitations et chantages des maris, qui viennent quelquefois réclamer leurs droits pour ne pas perdre de temps et préparer une nouvelle place; et je n'aurai dit que quelques-uns des ennuis causés par ces femmes, dont le premier devoir serait de nourrir leur enfant et de garder pour elles les talents de maternité qu'elles vendent si cher et distribuent si mal aux autres.

Je ne m'arrêtera pas à la question morale, s'il ne devait pas en ressortir une considération utile. Les filles-mères trouvent dans le métier de nourrice une réhabilitation lucrative, et je connais des familles où la grossesse d'une jeune fille est entrevue comme un terme rémunérateur et où, sans souci de l'enfant qui va naître, la future nourrice, sûre d'une situation pleine de douces promesses, attend avec bonheur les mois de faveur, de bonne chère et d'exploitation que procure l'allaitement. Dans certains pays même, en particulier dans ceux où la vocation de nourrice est « endémique », une jeune fille ne trouve à se marier avantageusement que si elle a au préalable fourni des preuves de sa fécondité.

Si c'est une femme mariée, elle abandonne sa famille, son mari, ses enfants, son nouveau-né; elle va vivre dans les villes, dans des maisons riches, dont elle apprécie le confortable et le luxe; elle prend des habitudes et des goûts qu'elle n'a jamais eus, oublie la simplicité d'autrefois, s'amollit et devient paresseuse; elle entrevoit avec peine l'existence qu'elle devra reprendre, et trop souvent aussi elle tombe dans les déchéances de la fille-mère, depuis les intempérances de la table jusqu'à l'adultère.

Le plus souvent, néanmoins, la nourrice mariée est économe et honnête; mais, pendant son absence, que devient son mari? Il cherche ailleurs des consolations, et, entre temps, rend visite à sa femme, qui

ne résiste pas à ses droits et contracte parfois la syphilis qu'il lui apporte. J'ai observé le fait suivant, aussi triste qu'instructif : un mari contamine sa femme nourrice; celle-ci contamine son nourrisson, qui contamine sa mère; le chancre qui siègeait au menton chez cette dernière, ne fut pas reconnu, et la vérole arriva au mari; bien plus, la nourrice, ne refusant pas ses faveurs au grand-père, l'infecta à son tour, et, pour en finir, ce dernier contamina sa femme.

Et tout cela n'aurait encore qu'une importance relative, puisqu'on pourrait répondre avec raison que le plus grand nombre des enfants élevés par des nourrices mercenaires réussissent admirablement. Mais, on ne doit pas seulement s'occuper des enfants nés de mères riches, qui échappent aux devoirs de la maternité par pure fantaisie, il faut aussi prendre en considération le sort des petits déshérités que leurs mères abandonnent pour se placer comme nourrices. C'est pour eux que fut édictée la loi Roussel, qui interdit aux femmes de se placer avant que leur enfant ait atteint l'âge de six mois. Quelques préfets tiennent encore la main à son exécution; mais, la plupart du temps, cette loi si sage est honteusement violée. Alors, que devient l'enfant de la nourrice? Ou bien il est confié à une amie, qui le soigne en même temps que son enfant, et, dans cette concurrence, il est bien facile de prévoir quel sera le préféré. Ou bien le nouveau-né prend un sein de quinze à seize mois, dont le lait modifié sera insuffisant; pour aider, on donnera des adjuvants qui feront bientôt tous les frais de l'alimentation de ces pauvres êtres, qui mourront d'athrepsie avant cinq ou six mois. Le plus souvent, l'enfant, abandonné à sa grand-mère, est élevé au lait de chèvre et au biberon; le biberon au long tuyau est dans tous les berceaux : il est si commode à donner!

Il serait vraiment intéressant de faire une statistique des enfants dont les mères ont été nourrices et qui sont morts, on verrait que beaucoup sont condamnés d'avance; ils sont gênants, on les soigne à demi, et, même quand on croit bien les élever, ils ne le sont pas dans les conditions physiologiques inhérentes à l'allaitement maternel qui leur était dû.

Tout le monde ne peut pas s'imposer les frais coûteux d'une nourrice à domicile, et les gens modestes envoient leur enfant à la campagne. Si le contrôle des parents est régulier, et si surtout on arrive à bien placer le nourrisson, il n'est pas rare de voir ce dernier adopté comme un nouvel enfant, et comblé de soins. Mais, à côté d'un avantage problématique, que d'inconvénients! Le petit citadin peut être syphilitique; la prétendue nourrice peut n'avoir pas de lait, et, pour donner le change, envoyer une plantureuse et complaisante voisine ou même son mari pour chercher l'enfant qu'on lui confie à distance; elle le nourrit sans allaitement. Certaines femmes de la campagne en font même une véritable profession, et j'en ai connu une qui n'avait jamais été mère et qui s'était « créé un petit métier en élevant, avec plein succès d'ailleurs, quelques enfants avec du lait de chèvre et de la soupe à l'ail ».

La mère, quand elle le peut, doit donc nourrir son enfant; la nature et la morale lui en font une obligation formelle; et c'est vraiment déplorable de voir avec quelle légèreté, en France, la plupart des jeunes femmes échappent à ce devoir, au grand préjudice de deux enfants : le leur d'abord, à qui le lait est assuré, mais auquel, plus souvent qu'elles ne le pensent, leur amour fait défaut; celui de leur nourrice, à qui tout manque.

En Angleterre et en Allemagne, les nourrices sont rares, et les mères qui n'ont pas un sein abondant trouvent dans leur sollicitude et leurs soins minutieux les moyens de mener à bon port leur nourrisson, au cours de cette période si difficile de la première enfance. D'ailleurs, l'allaitement artificiel, surveillé et bien compris, peut donner des résultats aussi favorables que l'allaitement par une nourrice mercenaire.

Le lait stérilisé réalisa un véritable progrès et apparut comme l'avènement d'une ère nouvelle dans la pratique de l'allaitement artificiel. Le « lait aiment » allait enfin remplacer le « lait poison », suivant l'expression du professeur Fournier, et grâce à ce moyen, on allait voir le nombre des victimes de l'athrepsie, de la gastro-entérite, du choléra infantile et du rachitisme, diminuer dans des proportions considérables. Ce procédé marque une étape importante; mais, à mesure que les essais et

les données cliniques ont apporté leur contrôle statistique, il a fallu, tout en admettant les réels avantages du lait stérilisé, reconnaître que l'engouement des premiers temps avait dépassé les limites de la vérité. Le lait stérilisé n'offre pas de si grands avantages sur le lait bouilli, et M. Marfan disait dernièrement à la Société médicale des Hôpitaux, que la stérilisation ne peut rien contre les produits des fermentations commencées avant l'opération. Il n'y a pas longtemps encore qu'à la même Société M. Comby signalait un cas typique de maladie de Barlow chez un enfant nourri avec du lait stérilisé à une haute température, puis décaisé.

Et puis, d'ailleurs, bouilli, stérilisé, humanisé ou cru, c'est toujours du lait de vache, c'est-à-dire du lait dont les proportions des éléments ne sont pas adaptées naturellement à la puissance digestive de l'estomac du nouveau-né. Pur, il a trop de caséine; mouillé, il n'a pas assez de beurre, de sucre de lait, de sels, de gaz, puisque l'eau doit être bouillie; et, d'un côté comme de l'autre, il reste, avec des proportions différentes, indigeste ou insuffisant. A part des exceptions, comme il en est partout, le lait stérilisé ne saurait être utilement employé, et pur, que depuis le quatrième, cinquième, sixième mois et souvent plus tard, selon la tolérance de chaque enfant. Très riche en matières albuminoïdes, avec sa caséine qui se coagule en magmas fermes, compacts et volumineux, il exige de la part de l'estomac un travail disproportionné, et, à la longue, après une série d'indigestions, cette fatigue entraîne l'éclosion gastrique. La dilatation de l'estomac constitue une porte ouverte aux infections gastro-intestinales, l'origine de tous les maux. Les enfants athrepsiques et rachitiques ont toujours une plus ou moins vaste dilatation: ce phénomène est un signe inévitable, presque pathognomonique, dans ces déchéances générales, et il peut être regardé autant comme la cause que comme la conséquence de ces états.

* *

Mais, si l'allaitement par les nourrices et par le lait stérilisé mérite des reproches, peut-on remplacer ces moyens par un autre qui leur soit préférable? On le peut aisément; et même avantageusement, par un allaitement artificiel bien connu, mais trop peu usité: l'allaitement par le lait d'ânesse.

Le professeur Parrot l'avait bien compris quand il institua sa nourricière aux Enfants-Assistés. Le lait d'ânesse est, de tous, celui qui se rapproche le plus du lait de femme. Il contient les mêmes proportions d'extrait sec, de principes hydrocarbonés et azotés, la caséine est en faible quantité, son coagulum demeure finement dissocié comme dans le lait de femme, et, par suite, également digestible.

Les enfants prennent des quantités de lait d'ânesse beaucoup plus considérables que de lait de vache; ce lait est moins nutritif à volume égal, et, pour avoir une égale quantité de substance alimentaire, il faut que la dose absorbée soit plus grande. Cette abondance relative a un avantage: la caséine moins riche, plus ténue, plus délayée, est mise en contact avec une plus grande surface absorbante, les intestins sont mieux lessivés par ce lait très fluide, les selles plus molles sont aussi plus fréquentes, la pression artérielle augmente, la circulation et la diurèse sont plus actives. Les nourrissons ainsi élevés sont forts, éveillé, moins empâtés; ils urinent beaucoup, et, pour ce fait, à mon sens, sont moins exposés aux gourmes. (J'ai observé un enfant chez lequel, sous l'influence de cette alimentation qui succéda au lait stérilisé, les gourmes disparurent rapidement.) Cette action bienfaisante est due peut-être à la diurèse et peut-être aussi à la qualité du lait.

Je dirai mieux: avec un lait dont les divers éléments conviennent si bien au tube digestif du nouveau-né, on peut, par l'alimentation de l'ânesse, et, en quelque sorte, suivant les besoins du moment, régler les proportions de ces éléments avec une précision presque mathématique.

On modifie le lait à son gré, comme j'ai pu le faire dans un cas où, jour par jour, j'ai établi comme une balance entre l'alimentation de l'ânesse nourricière et le fonctionnement de l'intestin de l'enfant. Y avait-il tendance à la constipation? Les selles étaient-elles tardives et plus dures qu'à l'ordinaire? Il suffisait d'augmenter la ration rafraîchissante de l'ânesse: les heures de pacage avaient été trop courtes ou la quantité de son mouillé in-

suffisante. Inversement, les matières fécales devenaient-elles trop diluées ou trop fréquentes? Il suffisait d'augmenter la dose de nourriture sèche, avoine, maïs concassé, regain, luzerne, et on arrivait ainsi avec une précision calculée à établir un parfait équilibre entre l'état gastro-intestinal et la qualité du lait.

Les ânesses constituent donc des nourrices de premier choix pour les enfants, leur lait est tout à fait semblable au lait de femme, et on peut l'accommoder, le mettre au point avec la plus grande facilité.

M. Bonnaire, à qui j'avais fait part de mes impressions à ce sujet, il y a quelque temps, eut l'extrême obligeance de me communiquer une observation très intéressante et qui prouve à merveille le bien fondé de mes remarques sur l'influence de l'alimentation de l'ânesse sur son lait:

Un officier habitant une grande caserne de Paris veut nourrir son enfant avec le lait d'une ânesse logée dans la caserne même. Le nourrissage tournait au mieux, lorsque, après quelque temps, l'enfant eut des troubles digestifs, vomissements, diarrhée, tandis que l'état général et le dépérissement semblaient accuser une intoxication. Sur les conseils de M. Bonnaire, on fit une enquête minutieuse sur le mode d'alimentation de l'animal, et on découvrit que les soldats s'amusaient à régaler l'ânesse avec les bouts de cigarette et les culots de pipe, dont elle était devenue très friande! Cette cause aussitôt supprimée mit un terme aux accidents, la santé revint rapidement et l'enfant fut élevé avec un succès complet.

Je citerai maintenant plusieurs observations qui me sont personnelles:

L'enfant C... vint au monde avec un poids de 3 kil. 200. La mère se décida à allaiter. L'enfant prospéra normalement pendant tout le premier mois; elle était très vorace et on craignait que la mère n'en fût épuisée. On donna comme adjuvant le lait stérilisé. Ce lait était préparé avec tous les soins désirables, et, dès les premiers jours, l'augmentation du poids suivit une courbe croissante appréciable. Mais les selles perdirent bientôt de leur régularité, les grumeaux devinrent de plus en plus abondants et la constipation fut la règle. Il n'y avait plus de fèces sans les titillations rectales d'abord, et puis les lavements glycinés devinrent indispensables; les excréments étaient blancs, durs, secs, friables. Enfin, des crises diarrhéiques, vraies débâcles, succédèrent à la constipation et parurent de plus en plus rebelles. Il fallut instituer la diète hydrique pendant vingt-quatre heures, qui, d'ailleurs, fit merveille, et la mère fit seule les frais de l'allaitement pendant cinq jours. Pendant ce temps, on se procura une ânesse, et, dès lors, la santé fut excellente, la dentition se fit normalement; et, actuellement, la fillette, âgée de trois ans, est superbe et n'a pas eu, depuis, une heure de maladie. Elle avait pris des doses croissantes de lait d'ânesse variant depuis le début jusqu'à la fin et progressivement entre 400 et 1.400 grammes.

M^{me} P... m'apporta son enfant âgé de trois mois et présentant tous les signes de la dystrophie générale, qui est la conséquence d'une alimentation déficiente. M^{me} P... avait perdu deux enfants dans les mêmes conditions et voulait à tout prix sauver le seul survivant. L'enfant avait été confié à une nourrice à la campagne, parce qu'on ne pouvait pas s'offrir le luxe d'une nourrice à domicile. Je l'engageai à s'occuper elle-même de son enfant, et à l'élever au lait d'ânesse; il aurait ainsi deux avantages: la sollicitude maternelle et une alimentation convenable. La diarrhée persista quelques jours encore, mais, peu à peu et sans autre traitement, les selles furent plus régulières. Le poids n'augmentait pas régulièrement, quelques grammes seulement depuis le dixième jour. Il est vrai que les quantités prises de lait étaient insuffisantes. Mais, vers la fin du premier mois, l'augmentation était de 430 gr., l'enfant, quoique maigre, était éveillé, le ventre moins gros, l'appétit revenu, les selles très régulières et fort louables. Chose remarquable, les croutes de lait avaient diminué rapidement, sous l'influence du traitement local et de la propreté sans doute, mais aussi par l'allaitement au lait d'ânesse, qui est très diurétique, car tous les enfants qui en prennent urinent souvent, beaucoup et très clair. L'enfant prospéra ainsi jusqu'au septième mois et tout permettait d'espérer un heureux résultat, quand il succomba après sept jours de maladie des suites d'une bronchite capillaire.

M^{me} P... eut un enfant de 3 kil. 100. Elle l'allaita jusqu'au deuxième mois. Tombée malade et ne voulant à aucun prix prendre une nourrice, elle essaya le lait stérilisé. Toujours la même répétition: constipation, débâcles, fièvre, dépérissement. On essaya d'une ânesse. La transition fut heureuse et sensible; cet allaitement fut continué jusqu'au neuvième mois, l'enfant n'eut plus une indigestion. Les parents avaient remarqué qu'elle urinait beaucoup. Actuellement elle a deux ans et demi et se porte très bien.

M^{me} L... habite la campagne et ne s'est jamais soignée malgré des œdèmes considérables et autres signes prémonitoires de l'éclampsie, qu'elle mettait ainsi que son entourage sur le compte des malaises de la primiparité. Elle a plusieurs crises avant et après l'accouchement. L'enfant, vivant et vivace, ne pouvait pas être nourri par sa mère. Je défends l'allaitement maternel et conseille l'ânesse. Le petit a huit mois actuellement, prend 750 à 800 grammes de lait d'ânesse, et n'a jamais été que très bien portant.

M^{me} de La H... accoucha à six mois et demi d'une petite fille très débile. On l'éleva à la couveuse et au gavage avec du lait de femme pendant trois semaines; la nourrice devient malade, on dut la changer. La seconde nourrice avait des bouts petits, et l'enfant, trop faible, ne pouvait pas têter; on continue l'allaitement au lait de femme, trait et donné à l'aide du biberon. Le lait, insuffisamment renouvelé, produit des troubles intestinaux, et la nourrice perd son lait. On essaya d'une chèvre, dont le lait est très indigeste, et enfin on arrive à se procurer une ânesse; l'enfant avait trois mois et pesait 2 kil. 600. Deux mois plus tard, elle avait augmenté de 800 grammes. A un an elle pesait 5,500, mais elle était toujours très débile; l'ânesse perdit son lait quand l'enfant eut treize mois. Après une consultation, on décide que l'enfant prendra du lait de vache et quelque peu de jus de viande; dès ce jour les troubles gastro-intestinaux revinrent plus intenses, le poids variait de quelques grammes en plus ou moins, et finalement redescendit jusqu'à 4,830 et l'enfant mourut. La période la plus heureuse de cette triste existence coïncida avec le temps d'allaitement par l'ânesse, sans lequel certainement l'enfant n'aurait pas atteint dix-huit mois.

* *

L'allaitement artificiel par le lait d'ânesse produit, comme on vient de le voir, d'excellents résultats; il n'y a pas de comparaison possible à établir entre lui et le lait de vache bouilli, stérilisé ou humanisé, surtout dans les premiers mois. Il supporte mal la cuisson, et doit être donné pur et cru. Dans tous les cas où j'ai eu l'occasion de l'expérimenter, chaque famille avait son ânesse qu'on allait traire de deux en deux heures. Ces animaux sont très intelligents, doux et s'habituent aisément à donner leur lait. Le biberon employé était un flacon quelconque, d'une contenance maxima de 200 grammes et d'une tétère ordinaire en caoutchouc, la plus simple, et qu'il est si facile de tourner et de retourner pour la désinfecter. Il est bon de chauffer un peu le biberon et de l'entourer, surtout en hiver, d'une poche en flanelle épaisse, pour conserver au lait sa chaleur physiologique.

On a fait au lait d'ânesse le reproche d'être d'un prix élevé. Il est évident que ce mode d'allaitement n'étant pas apprécié à sa juste valeur et n'ayant pas la vogue qu'il mériterait, n'a pas entraîné dans ce but l'élevage des ânesses. Or, si dans les grands centres le prix d'un litre de lait peut s'élever à six et huit francs, il faut avouer qu'il y a une disproportion notable entre l'ânesse et le lait qu'elle produit. Il est facile de se procurer des ânesses entre 45 et 90 fr., suivant la taille, dont le rendement en lait varie, sans compter ce qu'elles peuvent encore donner à leur produit, entre 2 et 3 litres; or, un enfant de douze mois dépassera rarement 1.400 grammes par jour à la dose de 200 grammes par tétée.

Une ânesse bien nourrie ne dépense pas plus de 0 fr. 40 à 0 fr. 50 par jour. Deux à trois litres de maïs concassé, d'orge ou d'avoine, quatre kilogrammes de foin pour les jours de nourriture sèche, qui peut être uniformément employée depuis le premier mois, de l'herbe fraîche si on est à la campagne ou du son humide avec de l'eau à barbottage si on est à la ville, pour les jours de rafraîchissement, font tous les frais de l'alimentation.

La nourriture doit être saine et surveillée, les dé-

chets de choux, carottes, betteraves, tourteaux, drèches, eau de vaisselle, etc., ne conviennent pas. Le lait peut rester abondant, mais son goût est modifié et ces matières, indigestes, produisent des troubles gastro-intestinaux chez le nourrisson par les changements qu'ils apportent à la qualité du lait. La bête rend ce qu'on lui donne; il ne faut pourtant rien exagérer et je me rappelle qu'après s'être repue de maïs pendant une nuit où elle resta détachée, une ânesse donna pendant deux jours un lait dont la densité était tellement exagérée qu'il déterminait de la constipation.

J'ose affirmer que, dans la plupart des cas, l'allaitement au lait d'ânesse pourrait être substitué avantageusement, non seulement aux autres modes d'allaitement, mais encore souvent à la nourrice mercenaire.

Les riches qui ne regardent pas à l'économie confieraient leur enfant à une femme sérieuse, de toute confiance et avec laquelle ils n'auraient pas à subir l'hérédité, les maladies acquises, les caprices, l'inexpérience, les dangers des escapades d'une jeune nourrice.

Ceux qui s'imposent des sacrifices pour l'entretien onéreux d'une nourrice ajouteraient à ces avantages l'économie.

Mais c'est pour les gens modestes, les employés, les ouvriers, qui envoient leurs enfants souffrir et trop souvent mourir à la campagne, que la pratique de l'allaitement par les ânesses consacrerait un réel bienfait. Il serait très facile d'établir dans les banlieues des grandes villes des nourriceries dans lesquelles des femmes honnêtes, intelligentes, éprouvées, habituées aux enfants, s'occuperaient utilement. Les parents, moins éloignés, exerceraient eux-mêmes leur contrôle, et puisque la loi du 23 Décembre 1874 s'est chargée déjà de ce soin, les médecins inspecteurs de l'enfance et les commissions locales assureraient le fonctionnement régulier de ces petites industries. Les parents peu fortunés et qui s'imposent l'horrible supplice d'exposer la vie de leur enfant auraient ainsi des garanties, et l'on verrait bientôt diminuer la mortalité énorme qui, décimant la première enfance, est l'une des causes de la dépopulation.

A. CASAMAYOR,
d'Oloron Sainte-Marie.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Mars 1899.

Sur le traitement des luxations congénitales de la hanche. — M. Brun. Dans une de nos dernières séances, à propos de la présentation d'une malade traitée par notre collègue, M. Monod, pour une luxation congénitale de la hanche par la méthode de réduction non sanglante de M. Lorenz (de Vienne), M. Kirmisson, sans mettre en doute la possibilité de la réduction parfaite, a émis, cependant, l'opinion que cette réduction ne pouvait être obtenue qu'une façon exceptionnelle, et que dans les cas de résultats même fonctionnellement satisfaisants, il ne s'agissait, en réalité, que d'une simple transposition.

J'ai, dans ces dernières années, eu plusieurs fois l'occasion de mettre en pratique le procédé de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche, et je désire en quelques mots vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé. Sur les premiers malades que j'ai opérés, en me guidant seulement sur les lectures que j'avais pu faire, je ne suis arrivé à aucun résultat.

En voyant opérer M. Lorenz, je me suis facilement rendu compte des raisons de mes insuccès; j'avais dans mes tentatives agi avec beaucoup de douceur. En me conformant à la manière de faire de M. Lorenz, en agissant avec vigueur, je dirais volontiers avec brutalité, j'ai obtenu un résultat parfait chez une fillette qui n'avait été adressée par mon collègue et ami M. Felizet. La perfection du résultat m'a été affirmée non seulement par la disparition de toute claudication, mais encore par la radiographie que je vous présente. Toutefois, chez plusieurs autres malades chez lesquels j'avais nettement la sensation de réduction vraie, j'avais, à la fin du traitement, constaté que je n'avais obtenu qu'une transposition, d'ailleurs accompagnée d'une amélioration fonctionnelle manifeste. Je pensais que ma manière de faire pouvait bien être par quelque côté déficiente, lorsque M. Duroquet, ancien interne de Berck-sur-mer, qui revenait d'un voyage à l'étranger et qui avait vu opérer MM. Hoffa et Lorenz, me déclara que, dans la pratique de ces deux chirurgiens, les transpositions étaient également très fréquentes, et il me suggéra l'idée que cette transposition pouvait bien être le fait d'un déplacement

secondaire, s'opérant sous l'appareil et provoqué par la marche. Il y avait un moyen de vérifier l'exactitude de cette hypothèse, c'était, aussitôt la réduction obtenue, et avant l'application de tout appareil, de fixer le résultat par une épreuve radiographique. C'est ainsi que depuis j'ai constamment procédé et je vous présente cinq épreuves radiographiques se rapportant à cinq cas de luxation congénitale dont deux bilatérales. Chez ces cinq malades, une première photographie vous montre la luxation avant toute tentative de traitement; une seconde, au contraire, vous indique le résultat des manœuvres de réduction. Or, sur ces cinq malades, vous pouvez voir que le tibia fémorale se trouve abaissée à sa place normale et correspond exactement au cartilage en Y qui constitue le fond du cotyle.

Pour maintenir la correction, j'ai eu bien soin de maintenir mes malades au repos absolu, et j'espère ainsi arriver à un résultat satisfaisant.

Je suis le premier à reconnaître que, pour être tout à fait démonstratives, mes observations auront besoin d'être poursuivies encore pendant longtemps. Les radiographies que je vous présente n'en démontrent pas moins la possibilité d'obtenir, chez les sujets jeunes, et d'une façon presque constante, la réduction de la luxation congénitale. La réduction obtenue se maintiendra-t-elle? L'avenir nous l'apprendra, mais il me semble que les résultats jusqu'à présent constatés ne peuvent que nous autoriser à persévérer dans une voie où les travaux de M. Lorenz ont surtout contribué à nous engager.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver chez une femme enceinte de trois mois; huit perforations intestinales; laparotomie une heure et demie après l'accident; suture des perforations; guérison. — M. Tuffier présente, au nom de MM. Rebrayn et Barbarin, ses internes, l'observation d'une malade opérée par eux dans son service, au mois d'août 1898. Il s'agit d'une femme enceinte de trois mois, amenée à l'hôpital une heure après avoir reçu dans l'hypocondre gauche une balle de revolver de moyen calibre. Malgré l'absence de toute réaction péritonéale, on pratiqua, séance tenante, la laparotomie (une heure et demie après l'accident), se basant uniquement sur les indications suivantes: la direction de la plaie d'entrée du projectile et la douleur modérée, mais nette de la région iliaque droite. La présence de l'utérus gravide rendit l'opération plus malaisée; la laparotomie dut être sus-ombilicale et les manœuvres intra-abdominales furent gênées par le globe utérin. Huit perforations latérales des anses grêles, de formes et d'étendues diverses purent être suturées sans qu'aucune effusion du contenu intestinal se soit produite avant ou pendant les manœuvres. L'hématome de sortie de la balle, situé au-dessus du psoas gauche, était si volumineux qu'il donna, un instant, l'impression, soulevé par l'aorte, d'un anévrysme diffus. La balle n'a pas été retrouvée; on présume qu'elle est dans l'épaisseur du psoas.

Drainage avec une mèche de gaze aseptique insinuée profondément derrière l'utérus et suture de la paroi.

Les suites opératoires furent des plus simples; pendant trois semaines, la grossesse sembla même suivre son cours. Très brusquement, à cette époque, la malade avorta sans aucun accident consécutif.

Elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie.

Torsion totale de l'intestin. — M. Routier. Le 29 juillet 1898, j'opérai pour des accidents d'occlusion une femme de quarante-sept ans, qui était sujette à des crises de colique intermittentes. Cinq jours auparavant, elle avait été prise d'une crise plus forte, et qui, à l'encontre des précédentes, s'était terminée par une occlusion complète. Il y avait très peu de vomissement, le pouls était à 100. Le fait qui frappait le plus était un ballonnement général extrêmement marqué. A l'examen, je ne trouvais rien de bien net, mais, comme il me semblait que la région sus-ombilicale était un peu empâtée, je fis à son niveau une incision. Je tombai sur une anse intestinale énorme que je reconnus être l'S iliaque et qui avait au moins le volume d'une carafe. Je vis en même temps que la cause de cette distension était une torsion de l'S iliaque sur elle-même, de gauche à droite, au niveau de son méso. Je détordis facilement l'anse intestinale et pus, en pressant l'S iliaque entre mes deux mains, faire écouler son énorme contenu par le rectum. Je constatai en même temps que le côlon transverse était très dilaté, que le côlon ascendant l'était moins et que seule la fin de l'intestin grêle était distendue. J'ajoutai que l'intestin grêle était, presque dans sa totalité, rejeté à gauche par-dessus l'S iliaque dilatée, et que seules les anses grêles situées encore à droite de celle-ci se trouvaient dilatées.

J'ai remarqué, en outre, quand l'intestin fut affaissé, que l'S iliaque était munie d'un méso très lâche et très haut, ce qui expliquait la possibilité de l'enroulement de l'anse par elle-même.

Enfin, il n'y avait pas de péritonite ni de transsudation, dans le péritoine, des liquides intestinaux.

La malade a guéri.

M. Michaux. J'ai recommandé, en présentant, à l'un des derniers Congrès de chirurgie, une observation de volvulus, l'incision de l'anse dilatée pour en faire plus aisément la vidange; je préfère cette incision aux malaxations pratiquées par M. Routier.

Dans un cas semblable à celui de M. Routier, M. Roux

a dû intervenir secondairement, les accidents d'occlusion ayant reparu. Il fixa alors le méso pour en empêcher l'enroulement et il recommande cette façon de faire.

M. Routier a opéré sa malade au cinquième jour d'une obstruction, sans qu'il y eût d'accidents aigus. C'est, en effet, la règle quand l'obstacle siège bas, les phénomènes aigus survenant surtout si l'étranglement siège haut sur l'intestin grêle.

M. Delbet. J'ai vu, il y a cinq ou six ans, un cas de torsion de l'S iliaque survenue chez un enfant de onze ans. J'opérai le malade au sixième jour, dans un état d'affaiblissement tel qu'il succomba deux heures après mon intervention.

Le ballonnement du ventre était énorme et total. L'ouverture de l'abdomen montra que ce ballonnement total était dû à la seule distension de l'S iliaque et que le reste de l'intestin n'était pas dilaté, fait contraire, par conséquent, aux données cliniques classiques. La torsion de l'anse iliaque s'était opérée dans le sens des aiguilles d'une montre et il me semble que le tour de spire n'était pas tout à fait complet. La détorsion fut facile et fut suivie immédiatement d'une évacuation abondante par l'anus. Il n'y avait pas d'épanchement dans le péritoine.

M. Walther. En 1895, j'ai opéré, à l'hôpital Tenon, un garçon de quinze à vingt ans qui avait un ballonnement considérable du ventre. Je trouvais une torsion de l'S iliaque, et l'anse était tellement distendue que je crus qu'elle allait éclater à l'ouverture du ventre. Je fis une ponction évacuatrice et pus alors pratiquer la détorsion.

M. Robert. J'ai observé, ces dernières années, 4 cas de volvulus. Le premier portait sur l'anse oméga, et le malade, qui était un jeune soldat, mourut en douze heures. Cette marche suraiguë est à signaler.

Le second fut opéré au second jour de l'étranglement. Je trouvais une S iliaque énorme. J'eus-à dire de détordre, mais, au cours des manœuvres, la séreuse s'érailla et je fis une incision évacuatrice; je pus ensuite faire disparaître le tour de spire situé à la base de l'anse. Mon malade succomba le cinquième jour, et je pense que la péritonite, qui en fut la cause, fut produite par une transsudation intestinale au niveau du point où la séreuse avait été déchirée.

Dans un troisième cas, je trouvais encore une anse oméga très distendue.

Dans un quatrième cas, déjà publié par M. Catrin, il s'agissait de la torsion d'une anse grêle au voisinage d'un appendice enflammé.

Appendice aiguë perforante; opération vingt-deux heures après le début; extirpation de l'appendice; guérison. — M. Quénu. Je présente un appendice dont l'extrémité terminale est perforée; la perforation était bouchée par une légère adhérence au cœcum, adhérence molle et fibreuse étendue sur une surface grande comme une pièce de 2 francs, entre l'appendice et le cœcum; à ce niveau, il existait une petite cavité renfermant un liquide louche puriforme. Voici dans quelles conditions je suis intervenu:

Je fus appelé par M. le professeur Jeoffroy, jeudi dernier, à 11 h. 1/2 du soir, auprès d'un jeune homme de dix-huit ans, qui, dans la nuit précédente, avait été pris d'une légère colique, mais qui, néanmoins, s'était levé, avait déjeuné, et, tout l'après-midi, s'était promené sur les boulevards; à 5 heures, un frisson et un malaise général le forcèrent à rentrer chez lui et à se coucher. Au moment où je l'examinai, je le trouvais avec 39°5, 120 pulsations, de la défense musculaire, et une douleur à la pression au point de Mac Burney, facies non altéré, pas de douleurs spontanées; nous conseillons un peu de sirop d'acide et l'application locale de la glace.

Le lendemain matin vendredi, je revis le malade; la température s'est abaissée à 38°5, le pouls à 110; néanmoins, je conseille le transport dans une maison de santé, et décide l'opération, qui est faite à 2 h. 1/2. La température, à ce moment, s'était encore abaissée à 38 degrés et le pouls à 96. Rétention d'urine depuis la veille. Je ne trouvais aucune adhérence entre l'appendice et la paroi abdominale ou l'épiploon, l'extrémité appendiculaire était appliquée sur le cœcum et entourée à ce niveau d'un léger dépôt de fibrine. Après avoir sorti le cœcum hors de l'abdomen, et l'avoir garni de compresses, je décollai l'appendice et constatai sa perforation s'ouvrant dans une petite cavité intermédiaire entre le cœcum et lui et remplie de liquide puriforme; je réséquai l'appendice, touchai au thermo la surface caecale de teinte jaune verdâtre qui était adhérente, et je pus l'enfourir complètement à l'aide d'un surjet en faisant un pli au cœcum. Les anses intestinales voisines étaient rouges, il y avait un peu de liquide clair dans le péritoine. Je fermai complètement par trois plans la plaie abdominale (latérale) et laissai seulement un petit drain à l'extrémité inférieure.

Les suites ont été des plus simples: en trente-six heures la température et le pouls sont revenus à la normale, le drain a été retiré après quarante-huit heures.

Voici donc un fait venant, à côté de ceux de MM. Tuffier, Hartmann et Routier, plaider en faveur d'une intervention très précoce, permettant non seulement d'écartier tout danger immédiat, mais encore d'obtenir, avec la résection de l'appendice, la guérison radicale sans les inconvénients ordinaires des opérations à chaud, l'événement, par exemple. Cette observation est un nouvel exemple de la sédation trompeuse qui suit, si j'ose dire,

le premier cri de l'appendicite aiguë; j'aurais pu temporer devant un abaissement continu de la température, et la vie du malade fût demeurée à la merci d'une adhérence molle.

J'en conclus à la nécessité d'une intervention précoce dans toutes les appendicites aiguës, et j'avoue ma tendance à me rapprocher de la formule de Dieulafoy, à condition que, dans les cas légers, le diagnostic puisse être mis hors de toute contestation. L'accord me paraît en train de se faire sur la base d'une certitude diagnostique.

Anévrisme artérioso-veineux de la fémorale superficielle. — M. Chauvel lit un rapport sur une observation envoyée par M. Colin. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une plaie de la cuisse par balle de revolver, présenta les signes d'un anévrisme artérioso-veineux de la fémorale superficielle. Cet anévrisme fut guéri par l'extirpation du sac, après ligature des quatre troncs vasculaires qui y aboutissaient.

Nouveau procédé de suture profonde. — M. Berger fait un rapport sur une nouvelle manière de suturer les plans profonds d'une plaie. Ce procédé est dû à M. René Gauthier (de Luxeuil).

Hernie à double sac du cœcum. — M. Berger fait un rapport sur un cas de hernie à double sac du cœcum, envoyé par M. Couteau.

Ostéomyélite du tibia. — M. Walther présente un jeune homme de dix-huit ans qui, trépané d'abord pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia, subit une seconde intervention pour l'extirpation d'un séquestre consécutif.

Une année plus tard, en faisant une chute, le pied se tordit, et quand M. Walther le vit, le pied était latéralement à angle droit, et il constata que l'extrémité inférieure du tibia n'existait plus, qu'elle avait été ré-écluée et que le péroné fracturé était la cause de la déviation. Il a fait la résection du péroné et a pu obtenir une réduction complète.

Calcul du bassin. — M. Nélaton présente une malade opérée par M. Glanteay et à laquelle il a été extirpé un calcul du bassin.

Tumeur de la région parotidienne. — M. Sebileau présente un malade atteint de tumeur de la région parotidienne.

Anévrisme du tronc innominé; ligature de l'aillaire et de la carotide primitive droites; guérison. — M. Gérard-Marchant présente un malade atteint d'un anévrisme du tronc innominé et qui fut traité d'abord sans succès, en médecine, par vingt-deux injections de sérum gélatineux.

La ligature de l'aillaire et celle de la carotide droite furent pratiquées. La guérison paraît complète.

Épithélioma bilatéral du sein. — M. Burnier présente un malade qu'il a opéré, il y a un an, d'un épithélioma bilatéral du sein. La guérison persiste.

Appendice. — M. Walther présente un appendice qui a 9 centimètres de circonférence et qui était prolabé dans la cavité pelvienne. Le liquide qu'il contenait était clair.

M. Routier en a vu un analogue, très volumineux et contenant aussi du liquide clair.

Erratum. — Dans le compte rendu de la dernière séance donné, page 96, deuxième colonne, ligne 6, au lieu de :

Traitement de l'appendicite. — M. Picqué. Je me...

Traitement de l'appendicite. — M. Bazy. Je me...

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Mars 1899.

Sur un type clinique de congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire sans expectoration. — M. Louis Rénon. Toutes les modalités cliniques de l'hyperémie pulmonaire qui constituent la congestion active et propre du poumon peuvent, dans certains cas, évoluer chez l'adulte sans donner lieu à la moindre expectoration; cette notion est indépendante de toute constatation bactériologique.

Dans la congestion pulmonaire de Woillez, l'absence d'expectoration est l'exception. Woillez ne l'a signalée qu'une fois; j'en ai trouvé trois cas dans la thèse de Bourgeois, et j'en ai recueilli moi-même une observation.

La fluxion de poitrine de Dupré, Grasset et Dieulafoy s'accompagne presque toujours d'expectoration; je n'ai découvert que dans le mémoire de Dupré un cas où elle faisait défaut, et j'en rapporte deux nouveaux cas.

Dans la congestion pleuro-pulmonaire de Potain, l'expectoration est la règle, comme dans la congestion de Woillez, et je ne trouve qu'un cas, dû à M. Ferrand, où elle a manqué.

Dans la spléno-pneumonie de Grancher, l'absence d'expectoration est beaucoup plus fréquente, et, dès leurs premiers travaux, M. Grancher et M. Queyrat ont signalé cette particularité.

En modifiant considérablement l'évolution régulière des congestions pulmonaires, la grippe a rendu le fait moins rare; MM. Duffocq et Lemoine mentionnent l'absence d'expectoration dans ces pneumopathies grippales. M. Huchard insiste sur une nouvelle forme, dans laquelle les malades ne crachent pas, la bronchoplégique, et qui relève de l'action du poison grippal sur la pneumogastrique.

Tel est à peu près le bilan actuel des congestions pulmonaires sans expectoration.

Est-il possible de réunir tous ces cas en un tableau d'ensemble et d'esquisser une forme propre et distincte de congestion pulmonaire? Sans aller aussi loin dans la synthèse des faits, il est incontestable que les variétés cliniques de congestion pulmonaire sans expectoration ont entre elles plusieurs traits communs, la violence de la dyspnée qui ne manque pour ainsi dire jamais, et, à l'auscultation, le souffle et surtout le double souffle à timbre légèrement bronchophonique. L'absence d'expectoration ne s'étend pas toujours à toute la durée de l'affection et peut se limiter à ses premières périodes; parfois, elle ne se signale que par l'émission d'un seul crachat (observations de Dupré et de Bourgeois), ce qui établit une véritable gradation entre l'absence relative et l'absence complète d'expectoration.

Dans la plupart des cas, cette particularité ne paraît guère avoir d'influence sur la marche des congestions pulmonaires; elle n'implique, en général, une marche longue et traînante que si la grippe est en jeu. Leur pronostic n'est pas modifié, bien que les malades aient plus à souffrir de la dyspnée; on doit excepter les cas de bronchoplégie si souvent mortels.

Il résulte de ces recherches qu'il existe un type clinique de congestion pulmonaire sans expectoration commune à toutes les variétés congestives; il s'agit là d'une sorte de congestion massive du poumon qui n'est pas sans quelque analogie avec la pneumonie massive de Grancher, qui doit être rapprochée de la pneumonie sèche de Wiedemann, et qui peut être considérée aussi comme une congestion pulmonaire sèche.

M. Netter. Quelquefois, lorsqu'on pratique la ponction avec la seringue de Pravaz au milieu de la région mate, ponction qui n'amène pas de liquide, on voit les signes physiques présenter, immédiatement après, des modifications très marquées. Ces modifications ne sont que momentanées. Elles sont dues à des phénomènes vaso-moteurs.

Des spasmes du larynx nécessitant une intervention prolongée (tubage ou trachéotomie). —

M. Sevestre. En général, on doit débiter les enfants (traités par le sérum) au bout de deux ou trois jours; puis, s'il survient de nouveau, soit immédiatement, soit après quelques heures, des accès de suffocation ou du tirage, renouveler le tubage et le répéter, même à plusieurs reprises, pendant une période de six à huit jours; cette période ne doit pas être dépassée dans la diphtérie compliquée de rougeole ou de streptococcie, et même dans les cas de laryngite simple, surtout si le tube expulsé présente une coloration noire.

En dehors de ces cas, et surtout si le tube revient clair et brillant, le tubage peut être continué pendant quelques jours encore; cependant, il est prudent de ne pas prolonger les tentatives de tubage au-delà de dix à douze jours.

Si, après cette période, une intervention est encore nécessaire, au lieu de répéter le tubage, il est préférable de recourir à la trachéotomie; pratiquée à ce moment, elle peut offrir des chances de succès qu'elle ne donnerait pas à une époque plus tardive. Il n'est pas très rare de pouvoir, au bout de quelques jours, enlever définitivement la canule.

Dans ces cas, d'ailleurs, que les enfants soient tubés ou trachéotomisés, et pour se mettre autant que possible à l'abri des accidents après le débâlage ou l'enlèvement de la canule, il importe d'employer tous les moyens capables de combattre le spasme (bromure de potassium, codéine, antipyrine, chloral, enveloppements froids du thorax).

Dans les cas où il existe des complications de broncho-pneumonie, la question est plus délicate, car la trachéotomie n'offre guère plus de chances de succès que le tubage; il est possible même qu'elle aggrave la complication pulmonaire; en tout cas, elle ne permet guère l'administration des bains qui, chez les enfants tubés, sont d'un emploi facile et peuvent alors rendre de grands services.

On pourra donc, suivant les cas, prolonger le tubage ou faire la trachéotomie, sans pourtant se faire d'illusions sur le résultat.

M. Variot. Si la laryngite de la rougeole comporte, ainsi que le fait remarquer M. Sevestre, un pronostic grave, c'est qu'elle fait partie d'un complexus dans lequel la broncho-pneumonie joue un grand rôle.

Pour ce qui est de la sulfuration des canules et des tubes, elle paraît plus fréquente dans les cas de croup compliqués de broncho-pneumonie.

A propos de l'appendicite. — M. Florand pense que, contrairement à ce qui a été soutenu dans une autre enceinte, on peut encore mourir d'appendicite, alors même que l'opération a été faite aussi hâtivement que possible, et il cite des observations à l'appui de son opinion. Il croit aussi qu'il n'est pas possible de dire, à l'heure actuelle, quelque chose de ce qui se passe à l'inter-

vention, et c'est son cas, que l'on doit ouvrir le ventre de tout malade, et, particulièrement, de tout enfant qui, dans le cours ou à la suite d'une maladie infectieuse et particulièrement de l'influenza, présente une douleur passagère au point de Mac Burney avec une légère réaction locale sans phénomènes généraux, sans modifications du pouls, quand, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. Il affirme n'avoir trouvé aucun chirurgien autorisé pour opérer dans des cas semblables.

M. Joffroy déclare qu'il partage l'opinion de M. Florand. On ne peut encore poser les règles de l'intervention et cela parce que l'appendicite a une marche trop irrégulière. Un jeune homme de dix-huit ans est pris, en pleine nuit, de douleurs abdominales et de nausées; le lendemain, jour de la mi-carême, il se promène et se livre à tous les divertissements de cette fête; le soir, les douleurs reprennent; le diagnostic d'appendicite s'impose. M. Quénu opère le lendemain et trouve un appendice perforé. Le malade est maintenant en voie de guérison. Nul doute que la perforation ne date des premières douleurs, et malgré cela l'amélioration a été telle que le jeudi le malade se crut guéri.

Maladie de Werthoff. — M. Lenoble (de Brest) présente une observation de maladie de Werthoff chronique, avec remarques sur l'état du sang. L'anémie était moyenne, le caillot non rétractile, le chiffre des hématoblastes tombé à 71.000, des globules rouges à noyau existaient au nombre de 194, quand, sous l'influence d'un érysipèle, des modifications survinrent dans l'état du sang. Le nombre des hématoblastes s'éleva à 135.000, mais celui des globules rouges à noyau tomba à 70 et plus tard les éléments disparurent. De ce fait, M. Lenoble croit pouvoir conclure qu'il existe une sorte de balance entre la réaction hémoblastique et la réaction normoblastique.

Étude radioscopique des mouvements d'oscillation du cœur chez l'enfant sous l'influence du décubitus latéral droit et gauche. — MM. Variot et Chicotot présentent des tracés qui indiquent clairement dans quelle étendue le cœur se déplace à droite ou à gauche suivant le décubitus, par rapport à sa situation lorsque l'enfant est dans la station verticale.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Mars 1899.

Epilepsie partielle; tumeur du temporal; trépanation. — M. Morestin présente une tumeur développée dans l'épaisseur du temporal chez une femme qui, depuis dix-huit mois, était sujette à des attaques d'épilepsie jacksonienne. L'ablation de cette tumeur a montré qu'elle déprimait les méninges et le cerveau; l'examen histologique a révélé qu'il s'agit d'un sarcome.

Réssection de la saphène externe thrombosée. — M. Morestin a réséqué, dans un cas de phlébite de la veine saphène externe, un long cordon thrombosé s'étendant depuis la partie inférieure du mollet jusqu'au creux poplité. La malade pouvait se lever au bout d'une semaine.

Cancer secondaire du cœur. — M. Henry Bernard montre un cœur dont la paroi postérieure du ventricule droit est pénétrée par un petit noyau cancéreux coniforme, secondaire à un néoplasme œsophagien.

Anomalies fœtales; spina bifida antérieur. — MM. Barbarin et Devé apportent un fœtus qui offre une éversion et des anomalies multiples; on note une extrémité de la vessie, un écartement de 3 centimètres de la symphyse pubienne, et, ce qui est plus rare, un spina bifida sacré antérieur.

Tumeurs cérébrales multiples. — M. R. Cestan présente le cerveau d'un malade qui a succombé à une pleurésie purulente après avoir manifesté pendant longtemps des crises d'épilepsie jacksonienne débutant par la main droite, puis généralisées, et une monopégie du membre supérieur droit. On constate, non seulement une tumeur de la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, mais trois autres noyaux à la surface de l'hémisphère. Le faisceau pyramidal correspondant est dégénéré.

Myélite traumatique dorsale, avec suppression des reflexes rotuliens, par fracture de la colonne vertébrale. — M. R. Cestan a constaté, dans trois cas de fracture de la colonne vertébrale, la suppression des reflexes tendineux, bien que la lésion fût située dans la région cervico-dorsale. Le siège de la lésion de la moelle a pu être vérifié dans une de ces trois observations; il y avait, en même temps qu'une myélite traumatique, altération des racines rachidiennes correspondantes.

Purpura généralisé consécutif à la scarlatine; pétéchies du péricarde et de l'endocarde. — M. Sacquépée montre le cœur d'un convalescent de scarlatine, qui a succombé avec des signes de purpura généralisé, après avoir présenté une angine membraneuse et une néphrite aiguë.

Le cœur est ponctué de pétéchies; on en voit sur le revêtement péricardique, en plein myocarde, et ce qui est exceptionnel, sur l'endocarde qui tapise le ventricule droit.

Kystes hydatiques frustes du foie, remplis de boue biliaire solidifiée. — M. Saquépée apporte le foie d'un malade qui a succombé à des phénomènes septicémiques, et qui avait dans son passé des accidents hépatiques qu'on n'avait jamais rattachés à la présence d'un kyste hydatique.

Or le foie est creusé, au niveau de sa face antéro-supérieure, d'une poche à parois épaisses remplie de boue biliaire, et, au niveau du lobule de Spiegel, d'une autre cavité dont le contenu, également biliaire, s'est véritablement solidifié et forme une masse noirâtre, presque pierreuse.

L'examen histologique des parois des deux poches a montré des crochets.

Appendice logé dans la fossette iléo-cæcale. — M. Milian montre une anomalie de l'appendice consistant en ce fait que l'organe est fixé dans la fossette iléo-cæcale.

Kyste dermoïde du mésentère. — MM. R. Marie, Milian et Berthier présentent un gros kyste trouvé, à une autopsie, dans l'épaisseur du mésentère; la paroi est, en un point, considérablement épaissie et offre un aspect cartilagineux; le contenu était filant, huileux et l'on y a trouvé une touffe de poils.

L'examen microscopique montre qu'il ne s'agit pas, pour la paroi, de tissu cartilagineux, mais de dégénérescence hyaline du tissu conjonctif qui la constitue.

Enorme kyste ovarique gauche multiloculaire, avec gros fibrome utérin et kyste dermoïde ovaro-tubaire droit. — M. Dartigues apporte une masse de 7 kilos, enlevée par M. Segond chez une femme de cinquante et un ans. On y remarque plusieurs tumeurs: un kyste ovarique gauche, gros comme trois têtes d'adulte, multiloculaire, qui remplissait presque toute la cavité abdominale; un fibrome utérin sessile, sous-péritonéal; et enfin une poche développée au niveau de l'ovaire et de la trompe du côté droit, grosse comme une mandarine et offrant l'aspect d'un hydrosalpinx; mais le contenu mastac et la constatation de petits fragments osseux, permet de penser qu'il s'agit bien d'un kyste dermoïde.

Fibrome de la grande lèvre. — M. Souligoux montre une tumeur de la grande lèvre droite, dont le début remontait à six ans lorsqu'il l'a extirpée. Grosse comme la moitié du poing, sans bosselures, molle, elle présente à la section un tissu blanchâtre, et, au microscope, la structure d'un fibrome.

Kyste de la grande lèvre droite. — M. Souligoux apporte une tumeur d'une autre nature, enlevée au niveau de la grande lèvre, chez une malade qui la portait depuis quinze ans. Il s'agit d'un kyste à contenu grisâtre, caséux, dont la paroi sera examinée au microscope pour savoir si l'on ne se trouve pas en présence d'un kyste dermoïde.

Calcul diverticulaire sous-urétral. — M. Pasteau présente un calcul phosphatique de 2 centimètres de diamètre, développé chez une femme, au niveau d'une poche diverticulaire sous-urétrale. On voit, à la surface de la pierre, un trajet creusé par l'urètre.

V. GAFFON.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

14 Mars 1899.

Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire. — M. Broca accepte les indications opératoires telles qu'elles ont été formulées dans la séance précédente par M. Villemain; seulement, il ne pense pas que la fixation du testicule ectopie au testicule sain constitue un point d'appui bien fixe; du reste M. Villemain n'a pas suivi ses opérés pendant un temps suffisamment long pour pouvoir se porter garant de la valeur de son procédé. Quant à l'âge auquel on peut opérer, M. Broca est aussi d'avis qu'il ne faut pas intervenir avant l'âge de trois ans, non pas de crainte de voir la plaie souillée par l'urine, mais parce qu'on assiste quelquefois à la descente spontanée du testicule ectopie.

Personnellement, l'orateur a fait 138 orchidopexies chez 145 sujets, sans avoir un seul cas de mort. Soixante-neuf opérés ont pu être suivis pendant un an à six ans. Les résultats ont été les suivants:

Chez tous la hernie est restée guérie; dans un cas pourtant, il y a soupçon de récurrence. La douleur a disparu chez tous les opérés, sauf un chez lequel il a fallu faire ultérieurement la castration. Au point de vue du testicule, les résultats ont été parfaits dans 31 cas, bons dans 35; chez 13, il y a eu atrophie ultérieure du testicule.

M. Kirmisson ne pense pas non plus que le testicule sain constitue un point d'appui solide pour le testicule ectopie. Le procédé auquel il donne la préférence, et qui lui a toujours fourni des résultats satisfaisants, consiste à former autour du cordon, après l'abaissement du testicule, une gaine, une sorte d'attelle, au moyen des parties fibreuses qu'on suture au catgut. Pour renforcer cette attelle, M. Kirmisson fait encore, dans quelques cas, une résection partielle du scrotum, dont la cicatrice forme alors une sorte de sangie.

Hypospadias. — M. Villemain a montré un garçon de quinze ans qu'il a opéré d'un hypospadias périnéal. Il s'agissait d'un cas de pseudo-hermaphrodisme. Le petit

malade passait pour une fille et portait un bandage pour une prétendue hernie.

R. ROME.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

13 Mars 1899.

Une cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement. — M. Perrin de la Touche (de Rennes) rapporte, sous ce titre, un fait médico-légal d'un intérêt extrême.

Le 13 Février 1896, il a eu à pratiquer l'autopsie d'un enfant nouveau-né dont la mort semblait suspecte. Il s'agissait d'un enfant ayant respiré, présentant les lésions ordinaires de la mort par asphyxie et ne portant aucune trace de violence.

La mère, qu'il alla voir chez elle, habitait seule dans une mansarde interposée entre deux logements occupés par des familles d'ouvriers. C'était une couturière, de vingt et un ans, chétive, petite et bossue. Le dimanche 11 Février, elle aurait ressenti quelques maux de tête et des coliques dans la matinée, mais n'y aurait pas prêté une grande attention, souffrant déjà plus ou moins depuis longtemps. L'après-midi, les douleurs devenant plus intenses, elle se douta, enfin, qu'elle allait accoucher et appela, dans un vain, ses voisins partis en promenade.

Au bout de fort peu de temps, la tête arriva à la vulve; elle pouvait la toucher avec la main. Les douleurs redoublant plus vives, elle se coucha, croyant être rapidement délivrée.

Mais, en présence de la durée interminable de la période d'expulsion de la tête qu'elle sentait alternativement faire saillie à la vulve, puis rentrer de nouveau, elle eut recours à un moyen héroïque, elle prit ses ciseaux de couturière et les introduisit aussi profondément qu'elle put, une branche entre la partie inférieure de sa vulve et la tête, la conduisant sur son doigt pour ne pas blesser son enfant, puis, avec les deux mains, elle ferma brusquement les ciseaux.

A partir de ce moment, la jeune fille dit avoir perdu complètement connaissance et ne savoir ce qui s'est passé ensuite.

Quand elle est revenue à elle, elle a trouvé l'enfant et le placenta entre ses cuisses. Alors elle a coupé le cordon, lui a fait d'abord un nœud, puis ayant pris du fil sur une table voisine de son lit, lui a mis une ligature. Elle a ensuite renoué son enfant, l'a essuyé avec ses draps, mais il n'a donné, dit-elle, aucun signe de vie. Peu de temps après, entendant ses voisins rentrer, elle les a appelés et leur a fait connaître ce qui lui était arrivé en leur absence.

L'examen génital a montré à l'auteur une vulve extrêmement tuméfiée, présentant, conformément au récit, une plaie à bords nets, manifestement produite par un instrument coupant, et partant de la commissure postérieure. Cette plaie, régulière, d'environ 2 cent. 1/2 de hauteur, se dirige un peu obliquement vers la gauche, et se continue par une vaste déchirure du périnée, qui vient se terminer sur le côté gauche de l'anus, en épargnant le sphincter. En un mot, cela réalisait l'incision préconisée par Tarnier, et, sauf l'étendue, la déchirure idéale, n'intéressant pas le rectum.

En présence de cette auto-épisiotomie — intervention encore inconnue jusqu'ici et qui n'a pas dû s'exécuter sans quelque douleur, mais surtout sans une certaine émotion — en présence de l'état de santé misérable de la pauvre petite bossue, M. Perrin crut pouvoir terminer son rapport ainsi:

« A part la plaie du périnée par instrument coupant, il est impossible de vérifier si les autres allégations de la fille X... sont exactes. Néanmoins, il est admissible qu'une syncope a pu survenir au moment de l'accouchement dans ces conditions spéciales et que, par suite, l'enfant a pu succomber à une asphyxie accidentelle entre les cuisses de sa mère. »

En présence de ces conclusions et des renseignements fournis par la police, le Parquet ne poursuivit pas l'information.

P. DESFOSSES.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine interne de Berlin.

6 Mars 1899.

Pneumotomie pour gangrène pulmonaire. — M. A. Fraenkel communique l'observation d'un homme de trente ans qui eut une attaque d'influenza en Octobre 1898 et qui entra un mois plus tard à l'hôpital avec les symptômes classiques de la gangrène du poumon. L'examen ayant montré l'existence d'une caverne au sommet droit, M. Korte pratiqua, sur l'indication de M. Fraenkel, la pneumotomie. Les suites opératoires furent simples et la maladie est, aujourd'hui, en voie de guérison.

M. Karowski a eu l'occasion de faire trois fois la pneumotomie. Dans un cas, il s'agissait d'un abcès du poumon survenu à la suite de l'influenza. On avait d'au-

bord diagnostiqué une pleurésie purulente, et ce n'est qu'après la ponction de la plèvre qu'on reconnut l'existence d'un abcès du poumon qui fut vidé après la pneumotomie. La maladie guérit.

Dans le second cas, il s'agissait aussi d'un abcès du poumon consécutif à l'influenza. Il existait, en outre, une pleurésie diaphragmatique supprimée et un abcès sous-phrénique. Ce malade guérit.

Le troisième malade était atteint d'actinomycose du poumon. Il a été opéré par la pneumotomie il y a déjà quelques mois. Aujourd'hui, il est complètement guéri.

M. Kohn a relaté l'observation d'un malade qui, après avoir eu une broncho-pneumonie influençale de la base droite, finit par se rétablir en présentant toutefois, de temps en temps, des accès de toux accompagnée d'une fétidité particulière de l'haleine. Comme ces accès survenaient de plus en plus souvent et que le malade allait en s'affaiblissant, il fut soumis à la radioscopie, qui montra l'existence d'un foyer à la base du poumon droit.

La pneumotomie a été faite par M. Israel, un an après le début de la broncho-pneumonie. Mais, dès que la résection costale fut faite, les adhérences se rompirent et un pneumothorax qui faillit emporter le malade obligea le chirurgien à interrompre l'opération et à se contenter du tamponnement de la plèvre. Dans une seconde séance, faite quinze jours plus tard, quand le pneumothorax était déjà résorbé, M. Israel commença par pratiquer une ponction exploratrice; mais, aussitôt que le trocart pénétra dans le poumon, le malade fut pris d'une hémoptysie foudroyante et mourut asphyxié. L'autopsie n'a pas été faite.

Leucémie chronique. — M. Hirschlaff montre les préparations du sang et les pièces provenant d'un malade qui était atteint de leucémie chronique et a succombé à une tuméfaction suraiguë de la luette qui, en quelques heures, amena la mort par asphyxie.

L'examen du sang, fait pendant la vie, a montré, au début, une augmentation considérable du nombre des leucocytes polymorphes et l'existence de nombreuses hématies à noyaux; plus tard, on trouvait surtout des leucocytes mononucléaires avec des granulations neutrophiles.

Il s'agissait donc d'un cas de leucémie myélogène et, à l'autopsie, on a pu constater la présence des leucocytes mononucléaires avec des granulations neutrophiles dans la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques, la rate, les petites tumeurs du foie et des reins. Les mêmes cellules se trouvaient dans la luette tuméfiée et dans les parties voisines où il y a eu formation d'un myélome aigu ayant amené l'œdème de la glotte.

M. Litten cite un cas dans lequel il a assisté à la formation de myélomes aigus au niveau des mains du malade.

ILES BRITANNIQUES

Société harvéienne de Londres.

2 Mars 1899.

Tumeurs à régression spontanée. — M. d'Arcy Power désigne sous ce nom les tumeurs qui disparaissent sans avoir subi de traitement ou après une intervention insignifiante (incision, ponction). Il ne faut pas les confondre avec les tumeurs-fantômes, car elles ont une existence réelle, et, dans certains cas, leur nature a pu être déterminée histologiquement. L'auteur rapporte quelques exemples pris parmi les plus frappants. Un enfant porteur d'un gros lymphangiome kystique du cou voit sa tumeur disparaître totalement après une excision partielle peu importante. Une jeune fille, présentant de la fièvre hectique et un gros foie, est laparotomisée, et on va à la recherche d'un abcès hépatique; on ne trouve rien et l'opération se borne à une incision exploratrice. Cependant, la guérison se fait rapidement. Un homme de vingt et un ans est porteur d'une grosse tumeur qu'on juge inopérable et qui s'étend de l'ombilic au pubis, paraissant avoir pris naissance dans ce dernier. On se contente, ici encore, d'une simple incision exploratrice, et, trois mois après, la tumeur disparaît totalement. On laparotomise un homme de cinquante-quatre ans et on tombe sur une tumeur adhérente à la paroi abdominale, à l'estomac, au duodénum et à la face inférieure du foie; la vésicule biliaire apparaît entièrement plongée dans la gangue néoplasique. On referme le ventre; quatre mois après, le malade est examiné par plusieurs chirurgiens qui sont unanimes à constater l'absence de toute tumeur; cependant, le malade meurt en quelques mois avec les symptômes d'une tumeur maligne de la tête du pancréas.

Un homme de vingt-quatre ans avait reçu un coup violent sur la tête; quelques mois après, une tumeur se développait au point lésé. Cette tumeur atteint le volume d'une noix puis disparaît rapidement. Dans la suite, six ou huit tumeurs semblables se développent sur différents points du crâne et disparaissent de la même façon. L'une d'elles, cependant, atteint un diamètre de 16 centimètres et on l'enlève. Au microscope, on constate qu'il s'agit d'un fibro-sarcome.

Ces exemples sont à rapprocher des cas de régression spontanée d'adénomes mammaires pendant la grossesse ou l'allaitement, de réduction d'hypertrophies prostatiques par la résection des canaux déferents, etc.

L'apparition et la disparition rapides de ces tumeurs semblent indiquer une grande mobilité des cellules du tissu conjonctif et leur facile agglomération en tumeurs; que ces tumeurs évoluent sur un terrain héréditairement prédisposé, sous l'influence d'une cause propice, et l'on comprendra qu'elles puissent devenir malignes. Or, il semble qu'une incision à leur niveau agit comme l'incision d'une tumeur inflammatoire: il y a diminution de la tension et il se produit alors une série de phénomènes physiologiques complexes d'ordres trophique et vaso-moteur, qui, finalement, aboutissent à la résolution.

M. Cock relate l'observation d'une femme de soixante et onze ans, fébricitante et présentant une masse dure allant de la partie droite du bassin au bord inférieur du foie: la tumeur était nettement délimitée et très sensible. L'utérus était en partie immobilisé; il y avait des métorrhagies. On porta le diagnostic de carcinome inopérable. Or, dix semaines après, une amélioration sensible se manifestait, et, au bout de six mois, la guérison fut complète.

M. Easter rappelle l'exemple banal des fibromes diminuant ou disparaissant après la ménopause.

M. Guthrie tente une explication de ces phénomènes. La ligature des vaisseaux d'une tumeur amène l'atrophie de cette tumeur: or, si les vaisseaux se trouvent oblitérés, non plus par le chirurgien, mais par un phénomène vaso-constricteur, la tumeur ne subira-t-elle pas une modification identique? Dans la maladie de Raynaud, ne voit-on pas la vaso-constriction amener une gangrène locale? Il semble que cette action soit due au grand sympathique. On peut admettre que ce nerf agisse sous l'influence d'une vive émotion: opération, émotion religieuse (d'où l'explication de certains miracles de Lourdes où l'on a vu des tumeurs disparaître en quelques jours). Quoi qu'il en soit, cette disparition, de par son mécanisme, ne saurait être définitive.

PRATIQUE MÉDICALE

Le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu compliqué d'albuminurie.

Le rhumatisme articulaire aigu, comme toutes les maladies infectieuses dans leur période d'état, peut s'accompagner d'une albuminurie transitoire et légère, qui ne découle pas nécessairement d'une insuffisance dans le fonctionnement du rein, mais est la preuve d'une altération de l'épithélium rénal due aux produits toxiques élaborés dans l'organisme par le microbe du rhumatisme. Cette albuminurie ne trouve pas de meilleur traitement que celui qui consiste à attaquer directement la cause de l'infection par le salicylate de soude.

Mais, si le malade est déjà porteur d'une néphrite au moment où survient l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, les conditions changent, car ici l'insuffisance rénale préexiste et les difficultés de l'épuration organique ne feront qu'augmenter si on y ajoute l'élimination d'un poison médicamenteux.

Dans ces conditions, il est utile et même urgent de rechercher l'acide salicylique dans les urines, afin de constater s'il ne s'accumule pas dans l'organisme. Si le salicylate de soude ne s'élimine pas, si on n'en trouve pas dans l'urine, c'est qu'il existe une néphrite grave; on suspendra alors immédiatement le salicylate de soude et on le remplacera par le bicarbonate de soude.

Pour constater la présence de l'acide salicylique dans l'urine, on acidifie celle-ci avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique; ceci étant fait, on laisse tomber une ou deux gouttes d'urine acidifiée sur un morceau de papier à filtrer, puis, à proximité, on place une goutte de solution de perchlorure de fer de manière que les deux liquides viennent au contact: si l'urine renferme de l'acide salicylique, il se forme au niveau de la rencontre des deux taches une forte ligne de démarcation bleuâtre.

LIVRES NOUVEAUX

E. Rochard. — *Chirurgie d'urgence*, Paris, 1899. (OCTAVE DOIN, éditeur).

Ce petit livre comprend 308 pages; il est divisé en huit chapitres et illustré de nombreuses figures, très bien faites, intercalées dans le texte.

Le chapitre 1^{er} traite des traumatismes du crâne, fractures, plaies pénétrantes, épanchements sanguins intracrâniens, etc.; on y trouve d'intéressants détails sur la technique de la ligature de l'artère méningée moyenne, avec 2 figures à l'appui; très utile à consulter aussi l'article relatif aux plaies pénétrantes par balles de revolver et à leur recherche par la radiographie.

Le chapitre II résume tout ce qui concerne l'intervention du médecin dans les cas de corps étrangers de l'œsophage.

Le chapitre III indique le rôle du chirurgien dans le traitement des corps étrangers des voies aériennes avec menaces d'asphyxie.

Dans le chapitre IV, M. Rochard résume les questions de l'intervention chirurgicale appliquée au traitement des lésions traumatiques de l'appareil cardio-pulmonaire.

La thérapeutique chirurgicale des plaies et contusions de l'abdomen occupe 40 pages (chapitre V). L'auteur y discute les indications et contre-indications de la laparotomie d'urgence, après avoir donné de fort bons conseils sur le diagnostic des lésions pénétrantes et non pénétrantes.

Près de 140 pages sont consacrées aux indications et contre-indications opératoires ainsi qu'à la technique spéciale dans les affections aiguës de l'abdomen: péritonites, appendicites, occlusion intestinale, étranglement herniaire; M. Rochard a étudié, dans des articles distincts, tout ce qui se rapporte aux différentes variétés de la hernie étranglée: inguinale, crurale, obturatrice ombilicale, etc. (Chapitre VI).

Dans les deux derniers chapitres, l'auteur nous indique la conduite que le chirurgien doit tenir en présence de lésions traumatiques des voies urinaires (chap. VII) ainsi que tout ce qui se rapporte à la chirurgie d'urgence des membres: plaies des nerfs, des tendons, des articulations, etc. (chapitre VIII).

En somme, la *Chirurgie d'urgence* de M. Rochard est un manuel très précieux, très bien écrit, destiné non seulement aux étudiants (internes et externes), mais encore aux praticiens des campagnes qui pourront y puiser bien des renseignements utiles que l'on chercherait vainement dans les gros traités classiques.

J. BAROZZI.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Epreuve orale. — 16 Mars. — SYMPTÔMES, MARCHÉ ET TERMINAISON DE L'ARTÉRIE CHRONIQUE. — MM. Veillon, 14. — Lohy, 19. — Macaigne, 18. — Tissier, 17. — Avitagnet, 18.

17 Mars. — SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU FOIE. — MM. Bezancou, 18. — Renault, 18. — Dupré, 18. — Gouget, 17. — Belin, 19.

Prochaines séances (2^e épreuve clinique), samedi 18 Mars, à 4 h. 3/4, à la Charité, et dimanche 19 Mars, à 9 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Laënnec.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. Election d'un membre associé libre. — Les candidats présentés étaient: en 1^{re} ligne, M. Filhol; en 2^e ligne, M. Galippe; en 3^e ligne, MM. Commenge et Corlieu; en 4^e ligne, MM. Galezowski et Voisin.

Au premier tour de scrutin, M. Filhol est élu par 48 suffrages, contre 24 à M. Galippe, 2 à M. Commenge, 1 à M. Corlieu, 4 à M. Galezowski et 2 bulletins blancs, sur 81 votants.

Hôpital Andral. — MM. ALBERT MATHIEU, médecin des Hôpitaux et MAURICE SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux, ont commencé le vendredi 17 Mars 1899, à 10 heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, une série de conférences cliniques sur les *Maladies de l'appareil digestif*.

Société médico-chirurgicale. — Séance du lundi 13 Mars 1899. — M. de Ransé: Rapport sur la candidature de M. Duchesne au titre de membre honoraire; M. Boulloumié: Pathogénie des lithiases biliaires; M. Pecker: Suppléance fonctionnelle d'un organe malade par un organe sain; M. de Molènes: Héritéité syphilitique à très long terme; 7 enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle dont le dernier, quoique d'un autre père non syphilitique, vingt et un ans après l'apparition de la syphilis; M. Longbois: L'hygiène hospitalière et l'assistance publique à Joigny, du xix^e siècle à nos jours; M. Moutier: Courants de haute fréquence et récents progrès de l'électrothérapie (avec appareils et démonstrations pratiques); M. M. Bloch: Un nouveau procédé d'antisepsie dans les injections mercurielles.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté, pendant la neuvième semaine, 1,051 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire des semaines de Mars (1,037).

La fièvre typhoïde n'a causé que 1 décès (la moyenne 16 est grosse par une poussée épidémique de Mars 1894). La rougeole a causé 13 décès (au lieu de la moyenne 20). La scarlatine a causé 4 décès (la moyenne est de 3), et la diphtérie 12 (la moyenne est 12).

On remarquera que la coqueluche a causé 18 décès, tandis que la moyenne n'est que 6. Cette maladie a constamment dépassé la moyenne depuis le commencement de l'année. Elle n'est localisée dans aucun quartier.

Il n'y a eu aucun décès par variole. La diarrhée infantile a causé 27 décès, de 0 à 1 an, chiffre un peu inférieur à la moyenne 31.

En outre, 29 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respi-

ration ont causé 137 décès, au lieu de 130 pendant la semaine précédente et au lieu de 167, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit: bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 24); bronchite chronique, 35 décès (au lieu de la moyenne 38); bronchopneumonie, 50 décès (au lieu de la moyenne 51); pneumonie, 35 décès (au lieu de la moyenne 57).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 57 décès, dont 43 sont dus à la congestion pulmonaire. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phthisie pulmonaire a causé 221 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 70 décès; les maladies organiques du cœur, 62 décès; le cancer a fait périr 55 personnes. Enfin, 41 vieillards sont morts de débilité senile.

Étranger.

— MM. H. Walther, privat-docent de gynécologie, et G. Sticker, privat-docent de médecine interne à l'Université de Giessen, sont promus au rang de professeurs extraordinaires.

Répertoire thérapeutique

De tous les agents préconisés contre la tuberculose, la créosote est le seul qui ait fait ses preuves cliniques et expérimentales. Ce que nous enseignait la médecine empirique se trouve, en effet, singulièrement justifié par les expériences d'Arloing, qui a prouvé que la séro-réaction qu'un organisme soumis au traitement créosoté fabriquait une antitoxine défensive, capable d'influencer *in vitro* la vitalité du bacille de Koch.

Mais s'il reste évident que la créosote est le principe actif essentiel contre le bacille de la tuberculose, la forme sous laquelle on doit l'administrer a toujours été discutée jusqu'ici. Employée à l'état pur, la créosote provoque des troubles digestifs attribuables aux fonctions phénoliques libres qui la rendent caustique.

M. Ballard (*Thèse*, Montpellier, 1894) a réussi à préparer la *phosphite de créosote*, qu'il a dénommé *phosphotal*, en faisant agir le trichlorure de phosphore sur la créosote sodée. On obtient ainsi un liquide épais, jaune-rougeâtre, à odeur faible de créosote, qui contient 90 pour 100 de créosote et environ 9 pour 100 de phosphore, sous forme d'acide phosphoreux.

Le phosphore est ainsi absorbé à l'état assimilable et régénère rapidement le tissu nerveux, en même temps qu'il transforme en graisse résorbable les produits d'exsudation des alvéoles pulmonaires.

Le phosphotal, éther de la créosote, n'est pas caustique: la preuve en est qu'à doses relativement élevées, il ne produit pas de troubles gastro-intestinaux. M. Ballard a fait prendre 5 grammes de phosphotal par jour pendant trois ans à un malade qui n'en fut pas incommodé: cette innocuité du phosphite de créosote fut confirmée par les expériences de Vedel.

Il nous suffira de signaler dans quel temps et dans quelles proportions se fait l'élimination du phosphotal pour s'assurer de son absorption. Un malade (*Thèse* Fouzes-Diacon) prend un lavement de 300 grammes de lait contenant 1 gr. 20 de créosote, et, quoiqu'il ne l'eût gardé qu'une heure et quart, on retrouve la créosote dans l'urine une heure et demie après l'administration du lavement. Le lendemain, plus de la moitié de la créosote administrée se retrouve dans les urines.

Aucune préparation créosotée ne jouit d'avantages aussi évidents.

On peut prescrire le phosphotal de deux manières: soit en utilisant les *capsules Clin au phosphotal* à la dose de 4 à 12 capsules par jour; soit en composant un lavement avec une cuillerée à café d'*émulsion Clin au phosphotal*, dissous dans un demi-verre de lait tiède.

Les capsules Clin au phosphotal sont enrobées de gluten: cette substance, qui n'est attaquée qu'en milieu alcalin, traverse l'estomac et n'est transformée que dans l'intestin au contact du suc pancréatique. Il s'ensuit que, sous cette forme, le médicament ne peut détériorer l'estomac des tuberculeux qui n'ont, la plupart du temps, que cette dernière défense.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

LIBRAIRIE MÉDICALE O. BERTHIER

PARIS — 104, Boulevard Saint-Germain — PARIS

Pour les conditions, voir les nos 5 et 14. (Voir aussi le n° 100 de l'année 1898.)

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS

Auvard. Traité pratique d'accouchements. 1898, 1 vol. in-8°, 15 fr., net. 13 fr. 50
Auvard. Formulaire gynécologique illustré, relié, 40 fr., net. 9 fr.
 — Formulaire obstétrical illustré, relié, 10 fr., net. 9 fr.
Barth et Roger. Traité pratique d'auscultation. enrl., 1898, 8 fr., net. 7 fr.
Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. 2^e série (Hôpital Saint-Antoine), gr. in-8° br., 15 fr., net. 13 fr. 50
 — La première série (Salpêtrière), est vendue 18 fr., net. 16 fr.
Broca. Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne, 3 fr. 50, net. 3 fr.
Brocq. Traitement des dermatoses par la petite chirurgie, 1898, in-8°, cart., 6 fr., net. 5 fr. 25
Brouardel. L'exercice de la médecine et le charlatanisme médical, in-8°, 12 fr., net. 10 fr. 50
Brun et Morax. Thérapeutique oculaire (Bib. Duj. Beaumetz), 1899, in-12, rel. souple, 4 fr., net. 3 fr. 50
Coiffier. Précis d'auscultation, 93 fig. col. cart., 5 fr., net. 4 fr. 50
Collet (Prof.). Précis de pathologie interne, 2 vol. cart. (coll. Testut), 15 fr., net. 13 fr. 50
Comby. Traité des maladies de l'enfance, 3^e éd., revue et considérablement augmentée, gr. in-8°, br., 20 fr., net. 18 fr.
Congrès de chirurgie. 12^e session, Paris, 1898, 20 fr., net. 18 fr.
Coutance. Tableaux synoptiques de diagnostic, gr. in-8°, cart., 1899, 5 fr., net. 4 fr. 50 (Collection Villeroy).
 Tableaux synoptiques de pathologie interne, 5 fr., net. 4 fr. 50
 — synoptiques de pathologie externe, 5 fr., net. 4 fr. 50
 — synoptiques de thérapeutique, 5 fr., net. 4 fr. 50
Dallemagne. La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale, in-12, br. (Ency. Leconte), 2 fr. 50, net. 2 fr. 25
Debove et Gourin. Formulaire de thérapeutique et pharmacologie, 1898, in-12, maroquin souple, 5 fr., net. 4 fr. 50
Delageniere. Chirurgie de l'utérus, in-8°, br., 378 fig., 10 fr., net. 9 fr.

Delbet. Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, 1899, in-8°, br., 8 fr., net. 7 fr.
Desj. et Picot. Traité pratique des maladies de l'enfance, 6^e édition, 1^{re} partie, gr. in-8°, br., 16 fr., net. 14 fr. 50
 La 2^e partie sera expédiée aussitôt parue.
Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 2^e série, 1897-98, gr. in-8°, br., 1899, 10 fr., net. 9 fr.
 La 1^{re} série, 1896-1897, gr. in-8°, br., 1898, 10 fr., net. 9 fr.
Duplay. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 2^e série, 1898, in-8°, br., 1899, 8 fr., net. 7 fr.
Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, 2^e édition. En vente les tomes I, II, III, IV. Chaque vol. 18 fr., net. 16 fr.
 Tomes V et VI, à 20 fr., net. 18 fr.
 La librairie O. Berthier se charge d'envoyer les suites.
Forgue et Reclus. Traité de thérapeutique chirurg., 2 v., gr. in-8°, br., 34 fr., net. 30 fr.
Gautier. Formulaire du médecin de campagne, 1 vol., cart., 1899, 3 fr., net. 2 fr. 75
Gross, Rohmer et Vautrain. Nouveaux éléments de pathologie générale chirurgicale, 2 vol., 1898, 14 fr., net. 12 fr. 50
Guird. Traitement abortif et prophylaxie de la blennorrhagie chez l'homme, 1899, 5 fr., net. 4 fr. 50
 — La blennorrhagie chez l'homme, 1894, 8 fr., net. 7 fr.
 — Les urethrites chroniques chez l'homme, 5 fr., net. 4 fr. 50
 — Complications de la blennorrhagie, 1898, 6 fr., net. 5 fr. 25
Hédou. Précis de physiologie nouvelle, 7 fr., net. 6 fr.
 — Travaux du laboratoire de physiologie, 1 vol., in-8°, 6 fr., net. 5 fr. 25
Hoffmann. Atlas manuel de médecine légale, planches colorées, 1899, in-12, rel., maroquin souple, 18 fr., net. 16 fr.
Jakob. Atlas manuel de diagnostic clinique, 2^e édition, 1899, petit in-8°, maroquin souple, 15 fr., net. 13 fr. 50
 — Atlas manuel du système nerveux à l'état normal et pathologique, pl. color., 1898, 15 fr., net. 13 fr. 50
Janet et Raymond. Névroses et idées fixes, 2 vol., 26 fr., net. 23 fr.

Kirmisson. Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, gr. in-8°, br., 15 fr., net. 13 fr. 50
Labadie-Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1 vol. relié, 1898, 25 fr., net. 22 fr. 50
Lancereaux. Traité des maladies du foie et du pancréas, 1 vol. in-8°, 1899, 20 fr., net. 18 fr.
Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie clinique et opératoire, tomes I à VII publiés, chaque vol. sépar., 12 fr., net. 10 fr. 50
Lefert. Aide-mémoire de pathologie externe 1 vol., 1899, rel. souple, 10 fr., net. 9 fr.
 — Aide-mémoire de pathologie interne, in-18, 1899, rel. souple, 10 fr., net. 9 fr.
Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique, 3^e édition revue et augmentée, gr. in-8°, 1/2 maroquin amateur, 20 fr., net. 18 fr.
Mauquart. Traité élémentaire de thérapeutique de matière médicale et de pharmacologie, 3^e édition, 2 vol., 22 fr., net. 20 fr.
Mac Clellan. Anatomie des régions, trad. de l'angl., tome 1^{re}, avec planches en couleur, 40 fr., net. 36 fr.
Macé. Traité pratique de bactériologie, 3^e édition, 1897, 1 vol. cart., 16 fr., net. 14 fr. 50
Macé. Atlas de microbiologie, 1 vol. in-8°, 1899, reliure souple, contenant 60 planches en couleur, 32 fr., net. 28 fr.
Mayet. Traité de diagnostic médical et de sémiologie, 2 vol. in-8°, 24 fr., net. 22 fr.
Mignon. Des principaux complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement, in-8°, broché, 9 fr., net. 8 fr.
Morat et Doyon. Traité de physiologie. Fonctions de nutrition, 1899, in-8° broché, 12 fr., net. 10 fr. 50
Moynac. Manuel de pathologie générale et de diagnostic, 5^e édition, 1898, 10 fr., net. 9 fr.
Oger. Traité de chimie toxicologique, 1899, 16 fr., net. 14 fr. 50
Panas. Traité des maladies des yeux, 2 vol. in-8°, cart., 296 figures et 7 planches, 40 fr., net. 36 fr.
Panas. Leçons de clinique ophtalmologique professées à l'Hôtel-Dieu, 1899, 5 fr., net. 4 fr. 50

Pinard. Clinique obstétricale, 14 fr., net. 12 fr. 50
Polisson. Précis de médecine opératoire (collection Testut), 1 vol. gr. in-18, 1899, avec 144 fig., 6 fr., net. 5 fr. 25
Pousson. Précis des maladies des voies urinaires (collection Testut), petit in-8°, cartonné, 1899, 9 fr., net. 8 fr.
 — Affections chirurgicales des organes génito-urinaires clinique et thérapeutique, in-8°, br., 8 fr., net. 7 fr.
Pozzi. Traité de gynécologie clinique et opératoire, 3^e éd., 1897, 30 fr., net. 27 fr.
Regnier. Radioscopie et radiographie cliniques, 1 fr. 50, net. 1 fr. 25
Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. Précis d'obstétrique, avec 590 fig. dans le texte, 3^e éd., 1897, gr. in-8°, cart., 30 fr., net. 27 fr.
Robin. Traité de thérapeutique appliquée, 15 vol. in-8°, 104 fr., net. 90 fr.
 — Maladies de la peau, 2 fasc., 16 fr., net. 14 fr. 50
 — Maladies des yeux, 1 fasc., 8 fr., net. 7 fr.
 — Maladies des oreilles, 1 fasc., 5 fr., net. 4 fr. 50
 — Maladies mentales, 1 fasc., 6 fr., net. 5 fr. 25
Rochard. Chirurgie d'urgence, indications thérapeutiques opératoires, 1899, in-18, cart., 4 fr., net. 3 fr. 50
Roller. Traité d'ophtalmoscopie, 1 vol. in-8°, cart., 1898, 9 fr., net. 8 fr.
Strümpell. Traité de pathologie générale et de thérapeutique des maladies internes, 3 vol., 36 fr., net. 32 fr.
Terrin. Thérapeutique oculaire, nouvelles indications, opérations nouvelles (collection des actualités médicales), in-12, cart., 1 fr. 50, net. 1 fr. 25
Terrier et Baudouin. La suture intestinale. Histoire des différents procédés d'entérographie, 15 fr., net. 13 fr. 50
Terrier et Raymond. Chirurgie du cœur et du péricarde, cart., 3 fr., net. 2 fr. 75
Testut. Traité d'anatomie humaine, anatomie descriptive, histologie, développement, 4^e éd., 4 vol. in-8°, 1899, 80 fr., net. 72 fr.
 Les tomes I et II sont expédiés de suite; les autres livrés dans le courant de l'année.
Voronoff. Manuel pratique d'opérations gynécologiques, in-8°, 7 fr., net. 6 fr.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par entilée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

Nouveau Remède
 contre la
TUBERCULOSE

THIOL "Roche"

SULFO-GAÏACOLATE de POTASSIUM

Le THIOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le THIOL n'a pas d'odeur.
 Le THIOL est soluble dans l'eau.
 Le THIOL n'est pas toxique.

Envoi franco d'échantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.

Oxyhémoglobine ET Glycérophosphate de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)




MARIUS FRAÏSSE, Pharmacien
 83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire général
F. JAYLE Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

COLITES ULCÉREUSES, par M. M. LETULLE (avec 2 tracés, 8 figures en noir et 3 planches en couleur) 133
LE GANGLION LYMPHATIQUE DANS LES INFECTIONS AIGUES, par M. MARCEL LABRÉ (avec 4 planches en couleur) 137

ANALYSES

Pathologie générale : De la régénération du sang dans la chlorose, par MM. O. SCHAUHMANN et E. VON WIELLEBRAND 140
Chirurgie : Quelques observations de fistules et tumeurs d'origine congénitale, par M. A. GERNÉ 140
Rhinologie, otologie, laryngologie : Un cas de fibro-myxome de l'apophyse mastoïde, par M. R. ESCHWEILER 140
Max Durand-Fardel (1815-1899), par M. E. DE LAVARENNE 111
La propagation et la prophylaxie de la phthisie d'après les nouvelles recherches de M. le professeur C. FLUGGE 112

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Traitement de l'appendicite, M. L. BENTU. — Ostéomalacie masculine avec déformations extrêmes du squelette, M. P. BENGIER. — Echanges organiques dans deux cas d'ostéomalacie, MM. ROBIN et BINET 113
Société de biologie : Epilepsie et traumatisme opératoire, MM. TOULOUSE et MARCHAND. — Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire, MM. AUCHE et CHAVANNAZ. — Influence du jeûne et de l'alimentation sur le fémur protecteur du foie, MM. ROGER et FARNBERG. — Alimentation et influence saisonnière, M. MAUREL. — Mensuration de l'acuité auditive, M. P. BONNIER 113

Voir les Nouvelles à la dernière page.

POUGUES TONI-DIGESTIVE

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

SAINT-GALMIER BADOIT

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

LA PERITONITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS. Leçons faites à l'hôpital des Enfants-Malades, par MARFAN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. Brochure in-8°, de 96 pages. Prix : 2 francs (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE : Cœur. Vaisseaux. Poumons, par MAURICE LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol, grand in-8° jésus, de 420 pages, avec 102 figures noires et en couleurs. Prix : 22 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE : Dioptrique oculaire. Fonctions de la rétine. Les mouvements oculaires et la vision binoculaire, par le Dr TSCHERNING. 1 vol, in-8° jésus, de 338 pages, avec 201 figures. Prix : 12 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 23, 22 MARS 1899.

MAX DURAND-FARDEL

1815-1899

Un homme vient de mourir, Max Durand-Fardel, que les jeunes générations médicales ne connaissent guère que de nom et de réputation, mais dont la vie mérite d'être retracée comme pouvant servir d'enseignement à ceux qui embrassent notre profession.

Né en 1815, Durand-Fardel meurt à près de quatre-vingt-quatre ans, ayant conservé jusqu'à ces derniers temps une vigueur, une activité, une fraîcheur d'esprit qu'aurait pu lui envier bien des jeunes. Il a vécu sa longue existence dans un labeur constant, et tous ceux qui l'ont approché savent que, depuis sa jeunesse, dès le collège, pas un jour de sa vie ne s'est passé qui n'ait été donné au travail.

Max Durand-Fardel est connu surtout comme médecin hydrologue. Praticien émérite, il ne se cantonna pas dans l'étude de Vichy, la station dans laquelle il exerça pendant quarante-cinq ans. Il étudia, avec cet esprit critique qui était si développé en lui, toutes les eaux minérales connues et en codifia, en quelque sorte, les indications. C'est à lui que nous devons le « Dictionnaire général des eaux minérales », en collaboration avec Le Bret et Lefort ; le « Traité thérapeutique des Eaux minérales de la France et de l'Étranger », qui est devenu classique.

Je ne parle pas des nombreuses études spéciales qu'il fit. Il ne se passait pas une année, sans qu'il enrichit l'hydrologie de quelque nouveau document.

En même temps, il exposait ses idées dans un cours que, pendant plus de vingt ans, il professa à l'École pratique de la Faculté, et où tous les jeunes médecins se destinant à la carrière hydrologique venaient puiser les notions nécessaires à leur pratique.

Il fut l'un des fondateurs de la Société d'hydro-

RENSEIGNEMENTS

Poste médical à céder pour raison de famille, en Seine-et-Oise, sur une ligne de chemin de fer importante de l'Ouest, frontière de Normandie, une heure vingt minutes de Paris. Condition : une indemnité légère à payer. S'adresser à M. Kemhadjian, tous les jours, de 2 à 3 heures, 32, rue Etienne-Marcel, Paris.

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CASCARA DEMAZIERE
PILULES DRAGÉIFIÉES
SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

logie, dont il était président d'honneur. En 1885, il présidait le premier Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

Mais, si dans l'œuvre de Durand-Fardel, peut se résumer toute l'hydrologie médicale contemporaine, c'est qu'il appuyait ses travaux sur les bases solides que lui avaient données une instruction scientifique et une éducation médicale de premier ordre.

Né à Paris, de parents eux-mêmes parisiens, il y avait fait de brillantes et solides humanités ; toute sa vie, il garda l'empreinte profonde de ces premières études.

A sa sortie du collège, s'étant dirigé vers la Faculté de médecine, il devenait interne des hôpitaux en 1835, à vingt ans. C'est de son internat que date sa carrière scientifique. Sur quatre années, il en passa trois à Bicêtre et à la Salpêtrière, où il accumula nombre de précieux documents cliniques et anatomo-pathologiques. De ces documents, il tira son mémoire pour le prix de l'internat, en 1839 : « Anatomie pathologique de l'hémorragie et du ramollissement cérébral ». Deux ans plus tard, l'Académie de médecine décernait le prix Portal à ce mémoire devenu le « Traité du ramollissement du cerveau ».

Il avait, du reste, une prédilection pour les études anatomiques, toutes d'observation et s'adaptant bien à son esprit exact ; aussi, après avoir été secrétaire de la Société anatomique, en devint-il vice-président, lorsqu'il eut passé sa thèse, en 1840, à vingt-cinq ans.

Il eut alors l'idée de concourir aux hôpitaux, mais, à cette époque déjà, la voie des concours était longue. Durand-Fardel alla en province, y passa quelque temps, puis revint à Paris. C'est alors que Tardieu lui conseilla de s'installer à Vichy où, étant donné l'essor que prenait la thérapeutique par les eaux minérales, il ne pouvait que réussir. Et l'on sait la longue et brillante carrière qu'il y fit.

Cependant, il n'avait pas abandonné ses études de Bicêtre et de la Salpêtrière, et bientôt il publiait son « Traité pratique des maladies des vieillards ».

Il en justifiait la publication, en montrant que « chaque âge emprunte aux changements qu'amène le cours de la vie des conditions anatomiques et physiologiques nouvelles dont l'empreinte modifie plus ou moins profondément la forme des maladies et surtout les méthodes thérapeutiques applicables à ces dernières ». Ceci paraît banal aujourd'hui, mais, il n'en est pas moins vrai que son livre est le premier paru en France qui traitât de la question.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL
PANCHÈVRE et C^o, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrénale, Thyroïdienne **MONCOUR**

Quelque temps après, il publiait son « Traité pratique des maladies chroniques » où se montre toute la science de l'anatomo-pathologiste et toute la sagacité du clinicien. Ses vues sur les diathèses, sur les parentés morbides n'ont été depuis lors que confirmées.

Son « Traité clinique et thérapeutique du diabète » fut aussi une œuvre considérable.

Max Durand-Fardel était, depuis 1859, chevalier de la Légion d'honneur. Assurément, le gouvernement de la République se serait honoré en le faisant officier; mais il avait autant de modestie que d'élévation d'idées, et s'il désira peut-être cette distinction, il n'était pas homme à faire quoi que ce fût pour la solliciter. Il était de cette génération de libéraux où les hommes, fortement trempés, avaient toujours devant les yeux un idéal de justice. Ce fut un vrai philosophe.

Il le montra bien dans les dernières années de sa vie, alors qu'ayant renoncé à la pratique médicale pour céder la place à son fils, il se lança dans une nouvelle voie avec une ardeur toute juvénile, donnant libre cours à son goût pour les choses littéraires.

Ayant près de quatre-vingts ans, il se prit à étudier le Dante. Les traductions qu'il en fit, surtout celle de la *Vita nuova*, qui n'existait pas encore en français, les analyses critiques auxquelles il se livra, sont d'un style aussi pur que serré, dignes d'un écrivain de race. Il publia coup sur coup trois volumes desquels la psychologie de l'Alighieri se dégage sous un jour tout nouveau, étant allé jusqu'à prouver scientifiquement que c'était un dégénéré supérieur, un génie entaché d'hystérie, son opinion souleva en Italie de formidables protestations dans le monde littéraire; elle fut sanctionnée par Lombroso. Il avait pris goût, d'ailleurs, aux choses d'Italie, et il laisse inédite une étude sur la comédie italienne au xv^e et au xvi^e siècles, dans laquelle il montre comment Molière en procédait dans certaines de ses pièces.

Mais Durand-Fardel n'avait pas seulement l'esprit littéraire, tous les arts lui étaient accessibles. Pendant son internat, il notait en des aquarelles aussi exactes que délicates toutes les lésions anatomiques qu'il rencontrait dans ses autopsies. Toute sa vie, son délasserment favori fut la musique; très bon exécutant, rien n'était plus curieux que de le voir encore, ayant plus de soixante-quinze ans, tenir, avec autant de correction que d'ardeur, sa partie d'accompagnement dans un quatuor classique.

C'était bien un de ces hommes éminemment doués, possédant au plus haut degré ces facultés d'assimilation qui permettent, quelle que soit la voie que l'on suive, d'y marcher au premier rang.

..

Tel fut Max Durand-Fardel. Le bienveillant accueil que j'ai toujours reçu de lui, l'amitié fraternelle qui depuis bien des années m'unit à son fils m'ont peut-être poussé à amplifier quelque peu mon jugement. Il me semble cependant que l'histoire de la médecine gardera son nom, qu'elle l'inscrira au xix^e siècle, comme elle a inscrit celui de Bordeu au xviii^e. L'un et l'autre ont été de grands médecins; c'est que, chez l'un comme chez l'autre, l'homme de science était doublé d'un artiste.

E. DE LAVARENNE.

LA PROPAGATION ET LA PROPHYLAXIE DE LA PHTISIE

D'APRÈS LES NOUVELLES RECHERCHES

du Professeur C. FLÜGGE (de Breslau).

Nos lecteurs qui ont suivi la récente discussion à la Société de médecine berlinoise sur la propagation de la tuberculose, ont dû être surpris de voir un certain nombre de médecins, comme Fraenkel, Neisser, Heymann, s'attaquer à « l'œuvre » de M. Cornet. On sait que pour M. Cornet, l'agent principal de la propagation de la tuberculose est le crachat tuberculeux desséché, dont la poussière bacillifère voltige dans l'air et pénètre dans les voies respiratoires. C'est sur cette conception que sont basées en très grande partie les mesures prophylactiques contre la tuberculose telles qu'elles ont été édictées dans la plupart des pays (crachoirs de poche, défense de cracher par terre, proscription du nettoyage à sec, etc., etc.).

A l'œuvre de M. Cornet, on oppose maintenant celle du professeur Flügge (de Breslau), qui a découvert une nouvelle source de propagation de la tuberculose : le crachat liquide. Il y a bientôt deux ans, M. Flügge a publié un mémoire des plus remarquables dont nous avons à cette époque entretenu les lecteurs de *La Presse Médicale*. Dans ce mémoire il montrait que lorsqu'on parle, ou qu'on tousse, ou qu'on éternue, il y a projection, dans l'air, de gouttelettes microscopiques chargées de bactéries, lesquelles gouttelettes flottent pendant quelque temps dans l'air avant de se déposer sur le sol. Ces expériences étaient faites avec des bactéries non pathogènes; mais, il était évident que les mêmes conditions se trouvaient fréquemment réalisées dans la vie, qu'un pneumonique, par exemple, ou un phthisique, ou un influenzaïque devait forcément créer autour de lui une atmosphère virulente quand il parlait ou quand il toussait.

Pour vérifier tous ces points, des expériences extrêmement curieuses furent entreprises au laboratoire du professeur Flügge par ses élèves MM. Laschtschenko, Bruno Heymann, Sticher et Beninde, dont les recherches viennent d'être publiées¹. A proprement parler, ces travaux ne détruisent pas l'œuvre de M. Cornet, mais ils montrent que dans la vie réelle et en tant que source de contamination, les crachats tuberculeux desséchés jouent un rôle beaucoup moins important qu'on ne l'a admis, et que, sous ce rapport, les crachats liquides sont éminemment plus dangereux.

..

Il s'agissait avant tout de fixer les conditions de contamination par les crachats desséchés telles qu'elles ont été établies par Cornet, et de voir en même temps pourquoi les expériences d'inhalation des poussières bacillifères donnent, dans l'énorme majorité des cas, des résultats négatifs. Ces expériences furent faites par M. Sticher² au moyen du dispositif suivant :

Un ballon contenant les crachats desséchés communiquait à une de ses extrémités avec une soufflerie, et à l'autre, au moyen d'un tube de caoutchouc avec un masque qui entourait la tête de l'animal (cobaye) en se fixant autour de son cou; l'air chargé de poussière bacillifère pénétrait ainsi dans le masque, était inhalé par l'animal et était conduit ensuite dans un flacon contenant une solution de chlorure de sodium dans laquelle se déposait en dernier lieu la poussière portée par l'air.

Une première série d'expériences était faite de la façon classique, c'est-à-dire qu'une poussière très fine, préalablement stérilisée, était triturée avec des crachats bacillifères et le mélange mis dans le ballon qu'on secouait au moment où on faisait marcher la soufflerie. Ces expériences ont donné un résultat négatif : aucun des animaux en expérience ne devint tuberculeux.

Dans une autre série d'expériences, M. Sticher procéda autrement. Au lieu de triturer la poussière avec des crachats, il plaça des crachats sur des morceaux de toile ou sur de petites planchettes en bois, et une fois que leur dessiccation était complète et parfaite, il mit la toile et les planchettes dans le ballon qu'on secouait, comme dans les expériences précédentes, pendant qu'on faisait marcher la soufflerie.

Les résultats de ces expériences furent tout autres. Si le courant d'air produit par la soufflerie avait une vitesse de un mètre par seconde et au-dessous, tous les cobayes devenaient tuberculeux, et tuberculeux pulmonaires; mais, si la vitesse du courant d'air descendait à trente centimètres par seconde, aucun des cobayes ne devenait tuberculeux.

M. Sticher explique la différence des résultats dans les deux séries d'expériences de la façon suivante : dans les cas où la poussière est triturée avec des crachats, il se forme des grumeaux que les courants d'air n'emportent pas dans le masque d'inhalation; la petite quantité de poussière qui est emportée contient un trop petit nombre de bacilles,

et si l'on songe que la force d'inspiration des cobayes est faible, on conçoit qu'ils n'inhalent guère de poussière bacillifère et restent indemnes. En tout cas, les injections intrapéritonéales de liquide à travers lequel passait l'air en sortant du masque, ont montré que, même dans ces conditions, il y a transport de bacilles dans le masque.

Il semble donc démontré que, dans certaines conditions la transmission de la tuberculose par les crachats desséchés peut se faire. Seulement, dans la vie ordinaire, les conditions nécessaires à cette infection n'existent pas ou n'existent que très rarement. Nous avons vu, en effet, que pour rendre les cobayes tuberculeux par inhalation, il faut : 1° que les crachats soient dans un état de siccité parfaite, desséchés dans un dessiccateur; 2° que la vitesse du courant d'air ne soit pas inférieure à trente centimètres par seconde; 3° qu'on remue le ballon renfermant la poussière virulente. Aussitôt qu'on change une de ces conditions, soit la vitesse du courant d'air, soit la dessiccation des crachats, l'expérience échoue.

Pour montrer tout ce qu'il y a d'artificiel dans ces conditions purement expérimentales, M. Beninde³ fit une série d'expériences avec des mouchoirs souillés de crachats tuberculeux. On sait que pour M. Cornet, la dessiccation des crachats dans les mouchoirs constitue la source la plus fréquente et la plus importante de la dissémination des bacilles tuberculeux. Or, les expériences de M. Beninde ne confirment pas cette manière de voir.

En effet, pour avoir des résultats positifs, pour produire une tuberculose par inhalation chez les cobayes en expérience, il fallait préalablement faire sécher les mouchoirs dans un dessiccateur et les secouer, les froisser avec vigueur pendant qu'on faisait marcher la soufflerie. Mais, si le mouchoir souillé de crachats tuberculeux était simplement gardé dans la poche pendant vingt-quatre heures, on pouvait le froisser dans le ballon et faire passer des courants d'air d'une vitesse considérable, sans que les cobayes deviennent tuberculeux, sans qu'il y ait eu transport de bacilles tuberculeux, comme l'ont montré les résultats négatifs fournis par l'inoculation intrapéritonéale du liquide que traversait l'air en sortant du masque d'inhalation. Pour que le mouchoir du phthisique devienne dangereux pour l'entourage, il faut que les crachats se soient complètement desséchés; or, quand un mouchoir est sale, c'est-à-dire contient une certaine quantité de crachats liquides, on le change ordinairement avant qu'il devienne sec. Ces expériences montrent donc encore une fois que, pour devenir infectieuse et dangereuse pour l'entourage la dessiccation des crachats doit être poussée à un degré qui se trouve rarement réalisé dans la vie, sans parler de la vitesse des courants d'air nécessaires pour leur transport.

Les expériences de Laschtschenko et de Heymann, se rapportent directement à la question de l'infectiosité des crachats liquides.

Une première série d'expériences, faite par M. Laschtschenko⁴ a consisté à faire passer des courants d'air à travers des crachats tuberculeux ou pneumoniques, au moyen de deux tubes se rencontrant sous un angle droit; en sortant des crachats ainsi vaporisés, l'air était conduit dans des flacons contenant une solution de chlorure; cette solution était ensuite injectée dans le péritoine des cobayes. Ces expériences ont montré que, même avec des courants d'air dont la vitesse ne dépassait pas 3 milli-mètres par seconde, il y avait transport de bacilles à 4 mètres de distance. Comparées aux expériences de M. Sticher avec les crachats desséchés, elles montraient donc que le transport de la poussière bacillifère liquide se fait bien plus facilement que celui de la poussière bacillifère desséchée.

Une autre série d'expériences a été faite sur des phthisiques; elles ont été conduites ainsi :

Dans une cabine en verre préalablement stérilisée, et contenant de petites coupes remplies d'une solution de chlorure de sodium, on introduisait un phthisique dont la figure et les mains étaient désinfectées et qui était revêtu d'une blouse stérilisée. Il restait dans la cabine et toussait soit spontanément,

1. On sait que ces expériences furent le point de départ du masque opératoire adopté par Mikulicz, et dont M. Berger a récemment entretenu la Société de chirurgie.

2. LASCHTSCHENKO, BRUNO HEYMAN, STICHER, BENINDE. — *Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh.*, 1899, 2 Mers, vol. XXV, n° 4, p. 125-193.

3. R. STICHER. — *Ueber die Infectiosität in die Luft übergeführten tuberkelbacillenhaltigen Staubes*. *Loc. cit.*, p. 163.

4. BENINDE. — *Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung der Phtisie durch verstaubtes Sputum*. *Loc. cit.*, p. 193.

2. LASCHTSCHENKO. — *Ueber Luftinfection durch beim Husten, Niessen und Sprechen verspritzte Tropfen*. *Loc. cit.*, p. 125.

soit sur l'invitation de l'expérimentateur. Au bout de quelque temps, le liquide des soucoupes était recueilli et injecté dans le péritoine de cobayes.

Sur 9 expériences de ce genre, 4 ont donné des résultats positifs, c'est-à-dire que les animaux devinrent tuberculeux.

Des expériences analogues furent faites par M. Heymann sur 35 phthisiques. Les résultats furent positifs chez 14 cas, soit dans 40 pour 100 des cas, c'est-à-dire que chez ces malades, il se produisit pendant la toux une projection de poussière bacillifère liquide à une distance de 50 centimètres.

Les résultats variaient avec la quantité de la salive et la consistance des crachats, avec la force de la toux, la façon de tenir les lèvres, etc., etc.

Dans une seconde série d'expériences, Heymann essaya d'utiliser cette projection de poussières bacillifères pour provoquer chez les cobayes une tuberculose par inhalation. A cet effet, on plaçait dans la cabine en verre une cage dans laquelle les cobayes avaient la tête fixée de façon à regarder en face les phthisiques qui venaient s'asseoir et toussaient de temps en temps. Sur 23 cobayes en expérience, 6 sont devenus tuberculeux pulmonaires. Pour apprécier ces résultats à leur juste valeur, il faut prendre en considération deux phénomènes : 1° la petite quantité d'eau qui pénètre dans les poumons des cobayes; 2° la faiblesse des mouvements d'inspiration chez ces animaux.

Les expériences de Laschtschenko et de Heymann montrent donc avec la dernière évidence qu'une personne qui se trouve dans le voisinage immédiat d'un phthisique est exposée à inhaler la poussière liquide bacillifère que le malade projette autour de lui quand il tousse et même quand il crache.

Dans la vie réelle, ce danger est diminué, grâce aux conditions suivantes :

Tout d'abord, tous les phthisiques ne projettent pas de bacilles; et dans les expériences de Heymann la poussière liquide n'était bacillifère que dans 40 pour 100 des cas.

En second lieu, il faut compter avec la distance à laquelle on est placé du malade. Le danger est très réel à 50 centimètres, voire même à 1 mètre; mais à 1 mètre 1/2, on ne trouve plus ou presque plus de poussière virulente.

Il faut enfin envisager le temps pendant lequel on se trouve à côté du tuberculeux, car plus ce temps est long, plus on introduira d'air impur dans ses poumons, plus il y passera de bacilles, agents effectifs de l'infection.

En analysant le résultat de ces recherches faites dans son laboratoire et sous sa direction, M. Flügge arrive aux conclusions suivantes :

1° L'infection tuberculeuse peut se produire dans les endroits dans lesquels des crachats desséchés adhèrent aux parquets et aux meubles et dans lesquels il se produit des courants d'air, soit à la suite du nettoyage à sec, soit à la suite du passage d'un grand nombre de personnes (ateliers) soit à la suite d'un ébranlement mécanique (wagons et voitures publiques). Mais, même dans ces conditions, un séjour continu et suffisamment prolongé dans la pièce est nécessaire pour que l'infection puisse s'effectuer. Le danger de l'infection n'est pas augmenté d'une façon sensible par les crachats qui se trouvent dans les mouchoirs des phthisiques;

2° L'infection tuberculeuse peut se produire en cas de cohabitation avec un phthisique qui crache et projette une poussière liquide bacillifère. Ce danger existe surtout quand on est obligé de s'approcher fréquemment à moins de 1 mètre de distance du malade, comme c'est le cas des infirmiers et des gardes-malades, ou des employés et des ouvriers dans les bureaux et ateliers peu spacieux;

3° Des mesures prophylactiques peuvent diminuer dans une large mesure les dangers de ces deux modes d'infection.

Pour éviter la contamination par les crachats desséchés, il y a lieu de maintenir les moyens de prophylaxie indiqués par Cornet : emploi des crachoirs (ou des mouchoirs) dont on vide et on détruit le contenu; proscription du balayage et du nettoyage des chambres à sec.

1. HEYMANN. — « Ueber die Ausstreuung infectiöser Tröpfchen beim Husten der Phthisiker ». *Loc. cit.*, p. 139.
2. FLÜGGE. — « Die Verbreitung der Phthise durch staubförmiges Sputum und durch beim Husten verspritzte Tröpfchen ». *Loc. cit.*, p. 107.

Pour éviter la contagion par les crachats, les liquides, il faut exiger des phthisiques qu'ils mettent devant leur bouche la main ou un mouchoir quand ils toussent; ensuite, on évitera de s'approcher inutilement à moins de un mètre de distance du phthisique pendant qu'il tousse et tant qu'il n'aura pas mis son mouchoir devant sa bouche; enfin, on exigera que, dans les ateliers et les bureaux, les têtes des ouvriers et des employés soient éloignées à plus de un mètre de distance les unes des autres. Le port d'un masque préconisé par Frankel doit être réservé aux cas exceptionnels.

R. ROMME,
Préparateur à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 Mars 1899.

Traitement de l'appendicite. — M. Le Dentu insiste de nouveau sur la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite. Il analyse les diverses statistiques médicales et chirurgicales qui ont été publiées par MM. Dumontpallier, Talsmon, Chauvel, Dieulafoy, et dans lesquelles les résultats du traitement chirurgical sont comparés aux résultats du traitement médical : ces statistiques démontrent d'une façon évidente la supériorité du traitement chirurgical.

Il n'y a donc pas à hésiter en présence d'une appendicite : dès que le diagnostic est posé, il faut opérer le plus vite possible, le jour même si on le peut. Les chances de réussite sont ainsi plus grandes.

Ostéomalacie masculine avec déformations extrêmes du squelette. — M. P. Berger. (Sera publié *in extenso*).

Echanges organiques dans deux cas d'ostéomalacie. MM. Robin et Binet. Ces recherches ont porté sur le chimisme respiratoire et sur les échanges généraux de deux malades de M. Berger.

Chimisme respiratoire. Examen il y a trois ans et demi : la consommation d'oxygène et la formation d'acide carbonique sont légèrement supérieures à la normale; mais la presque totalité de l'oxygène sert à former de l'acide carbonique et une très petite quantité seulement est absorbée par les tissus. Le quotient respiratoire est donc élevé.

Au moment de la digestion, tandis que chez l'individu sain la proportion d'oxygène absorbé croît assez fortement mais sert presque uniquement à former de l'acide carbonique, chez les ostéomalaciques l'oxygène augmente, mais la proportion d'acide carbonique ne s'accroît pas. C'est donc seulement l'oxygène absorbé par les tissus qui a augmenté.

Les résultats obtenus il y a trois ans et demi sont encore exagérés aujourd'hui.

Echanges généraux. 1° L'évolution des matières ternaires est considérablement amoindrie et anormale. On trouve dans l'urine une proportion énorme de matières organiques ternaires;

2° Il y a un retard considérable de l'évolution des matières azotées. Le rapport azoturique tombe à 75,70;

3° La désassimilation ou les échanges qui se passent dans les organes riches en phosphore et en azote sont considérablement amoindris. M. LABBE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Mars 1899. (Fin.)

Epilepsie et traumatisme opératoire. — MM. Toulouse et Marchand. Chez certaines personnes prédisposées, les opérations chirurgicales peuvent provoquer de l'épilepsie. Nous venons d'observer l'apparition de crises comitiales développées dans un cas à la suite d'une ovariotomie, et dans un autre à la suite d'une trépanation.

Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire. — MM. Auché et Chavannaz (de Bordeaux) envoient une note résumant leurs recherches basées sur vingt cas de laparotomie terminés tous par guérison et arrivant aux conclusions suivantes : dans la grande majorité des cas (85 pour 100 de nos observations), le péritoine est infecté au cours des laparotomies du fait des manœuvres du chirurgien; le nombre des microbes introduits dans le péritoine est toujours peu considérable puisque l'ensemencement d'une petite quantité de liquide est parfois resté stérile, alors qu'un semencement plus abondamment dans un autre tube, il donnait un résultat positif. Cette infection peut ne se traduire par aucun symptôme général ou local; d'ailleurs la virulence des germes isolés a été très faible puisque les animaux inoculés dans le péritoine avec les cultures ont parfaitement résisté.

18 Mars 1899.

Influence du jeûne et de l'alimentation sur le rôle protecteur du foie. — MM. Roger et Garnier. Dans une précédente communication, nous avons indi-

qué un moyen assez simple d'apprécier l'état fonctionnel des cellules hépatiques : en injectant dans le rectum quelques centimètres cubes d'une solution titrée d'hydrogène sulfuré, la quantité qui s'élimine par le poulmon est en raison inverse de celle qui est retenue par le foie.

Depuis cette époque nous avons cherché à préciser les conditions qui modifient cette action du foie sur l'hydrogène sulfuré. L'âge de l'animal a une influence manifeste : l'activité fonctionnelle du foie est plus marquée chez les animaux jeunes, et tandis que la dose limite est d'environ 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal chez les lapins de 1 kilogramme, elle est seulement de 1 centimètre cube chez les lapins plus âgés dépassant 2 kilogr. 500.

L'inanition fait fléchir notablement l'action du foie; c'est ainsi qu'après quatre jours de jeûne la quantité retenue peut s'abaisser de 1 cc. 78 par kilogramme d'animal, c'est-à-dire de plus de 30 pour 100.

D'ailleurs, cette différence existe encore quand on injecte directement la solution dans un rameau de la veine porte; au lieu de l'introduire dans l'intestin, elle est donc bien due à la diminution de l'action du foie.

Mais ce n'est pas seulement la suppression complète de la nourriture qui amène chez le lapin une diminution de l'activité hépatique; une mauvaise alimentation suffit pour déterminer un changement notable. Un même lapin soumis à des régimes successifs se montre capable de retenir des quantités différentes de gaz; une nourriture abondante et appropriée augmente le pouvoir d'arrêt du foie.

L'excitant naturel de la cellule hépatique doit donc être cherché dans l'alimentation.

Alimentation et influence saisonnière. — M. Maurel (de Toulouse) envoie une note relative à un certain nombre d'expériences établissant que pour un régime alimentaire toujours le même, et poursuivi dans les mêmes conditions, les variations de poids chez les animaux restent soumises aux influences des saisons.

Mensuration de l'acuité auditive. — M. P. Bonnier expose un procédé de mensuration de l'acuité auditive et propose d'adopter une même unité de mesure.

(A suivre.)

A. SICARD.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 18 Mars. — MM. Belin, 27. — Bezançon, 26.
19 Mars. — MM. Renault, 29. — Dupré, 30.
Sont nommés; MM. Dupré, 85; Aviragnet, 84; Lamy, 83.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — Election de deux membres correspondants nationaux (deuxième division). Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Aufferet (de Brest); en deuxième ligne, M. Forgue (de Montpellier); en troisième ligne, M. Laroyenne (de Lyon); en quatrième ligne, MM. Crivelli (de Melbourne), Duret (de Lille) et Mouchet (de Sens).

Première élection : Au premier tour de scrutin, M. Aufferet a été élu par 65 voix, contre 8 à M. Forgue, 2 à M. Laroyenne, 2 à M. Duret, sur 77 votants.

Deuxième élection : Au premier tour de scrutin, M. Forgue est élu par 59 voix, contre 4 à M. Laroyenne, 4 à M. Duret, 5 à M. Mouchet, 1 à M. Onimus, et 1 bulletin blanc sur 75 votants.

Médecins sanitaires maritimes. — Une session d'examen pour les candidats au titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris le mercredi 12 Avril. L'épreuve écrite sera subie ce même jour au ministère de l'Intérieur, place Beauveau (salle Telmon) à 9 heures du matin.

Les docteurs en médecine qui désireraient subir cet examen devront adresser le plus tôt possible au ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'hygiène publique, les pièces nécessaires, c'est-à-dire : leur acte de naissance, le diplôme de docteur en médecine, une pièce établissant leur qualité de Français, un certificat de bonnes vie et mœurs.

Nécrologie. — On annonce, du Havre, la mort de M. Gibert, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Étranger.

— On signale le décès de M. W.-H. Wilshire, ancien médecin à l'hôpital de Charing-Cross, à Londres; de M. Arke, médecin-adjoint au même hôpital, où il enseignait la bactériologie; de M. F. Macnamara, un des médecins les plus distingués du service sanitaire anglais aux Indes; de M. Struthers, ancien professeur d'anatomie à l'Université d'Aberdeen.

— Le privat-docent Knorr (de Munich) a succombé à une maladie infectieuse qu'il avait contractée en faisant des recherches sur la morve.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

PARIS. — L. MARTEAUX, imprimeur, 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : **Suppression de la Toux et des Sueurs ;**
Augmentation de l'Appétit ; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal ; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIENS.

ARGENTAMINE "SCHERING" (Solution d'Éthylène diammoniac à une solution de nitrate d'argent au dixième) de beaucoup supérieure aux solutions de nitrate d'argent jusqu'ici couramment employées.

CHLORALAMIDE — Hypnotique entièrement exempt de danger.

CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE "SCHERING"

Nouveau succédané de la Cocaïne, beaucoup moins cher que cette dernière.
Le Chlorhydrate d'Eucaine a été l'objet de nombreux essais physiologiques et thérapeutiques : il est absolument inoffensif à doses physiologiques et provoque une anesthésie rapide et complète. — se servir de solutions aqueuses au dixième.

LÉVULOSE "SCHERING" Succédané du Sucre de canne ; aliment précieux pour les diabétiques.

VENTE EN GROS : MAX frères, 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS
Dépôt chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.



MARQUE DÉPOSÉE

VIN ECALLE

TONIQUE et RECONSTITUANT * à la KOLA et à la COCA

(Rigoureusement dosé à UN GRAMME de chaque substance par verre à madère)

DOSE : Un Verre à madère avant ou après les deux principaux repas, pur ou additionné d'eau. — Pour les Enfants, un verre à liqueur suffit.

Ce Vin préparé avec un VIN TANNIQUE d'un degré alcoolique très faible est le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Il ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.

PRIX : 4^f50. — DÉPOT GÉNÉRAL : 38, Rue du Bac, PARIS. — ÉCHANTILLON GRATUIT AUX MÉDECINS

Exposition Universelle



BRUXELLES 1897

LANOLINE LIEBREICH
Seule Graisse { So combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.

LANOLINE
MARQUE DÉPOSÉE

SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU
Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1^{re} classe
ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

EN
CETTE
SAISON
1^{re}

SOLUTION BOURGUIGNON

REMPLECE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU
CHLORHYDRO
PHOSPHATE DE CHAUX
TITRE
et
CH. 100 P. 100

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laënnec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYER
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

L'ÉQUILIBRE LEUCOCYTAIRE, par MM. E. LEBEDDE et M. LUCIÈRE 141

MÉDECINE PRATIQUE

Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle co-cainé, par M. G. MILIAN 143

ANALYSES

Bactériologie : Etude de la toxine pesteuse, par M. GOTTLIEB MARKE 144

Médecine expérimentale : Contribution à l'étude de la dilatabilité de l'aorte, par M. M. SCHERREBSKY 144

Chirurgie : Contribution à l'étude des doigts à ressort, par M. CH. FÉAU 144

Neurologie et psychiatrie : Les manifestations nerveuses de l'acoolisme, par M. PIERRE BROUSSAIN 144

Maladies des voies urinaires : Traitement de la hémorragie chez la femme par la largine, par M. L. FURST. — Calcul enobatonné de la vessie; lithotritie; taille; guérison, par M. ROUTHIER 144

Thérapeutique et matière médicale : La diionine, par M. G. SCHROEDER 144

Assistance des aliénés (l'Open-Door), par M. A. VIGOUROUX 145

Culture du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie franche, par MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON 146

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : De l'asepsie opératoire, M. QUÉNU, MM. BAZY, TUFFIER, JALAGUIER, POIRIER, QUÉNU. — Fracture oblique de jambe, M. CHAVET. — Appendicite, M. PUYROT. — Balle de plomb dans le tibia, M. BAZY. — Gastrectomie, M. POIRIER. — Résection de l'intestin grêle, M. GUINARD. — Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle, M. SIEUR. — Ostéomyélite du tibia droit, M. SIEUR 146

Société médicale des hôpitaux : La véritable cause de l'appendicite, M. FAISANS. — Pneumonie sèche chez un homme de vingt-huit ans, M. L. GALLARD. — Sur une forme de paraplegie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal, M. G. BABINSKI, M. RAYMOND. — Sur les altérations des grandes cellules pyramidales consécutives aux lésions de la capsule interne, M. MARINESCO. — Atrophie des grandes cellules pyramidales, dans la zone motrice de l'écorce cérébrale après la section expérimentale des fibres de projection chez le chien, MM. G. BALLEZ et M. FAURE. — Un cas de surdi-sécité avec anophagisme chez une hystérique; guérison rapide par l'isolement, M. G. MARINESCO. — Ictère chronique sans élimination des pigments par les urines; M. HAYEM. — Constataion du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie franche par la culture directe du liquide sur le sang gélosé, MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON 147

Société anatomique : Expulsion spontanée par l'anus d'un rételier dégluti, M. MONISTRIX. — Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde; laparotomie, M. BAGALOGU. — Sphygmographie comparée, M. PAUL GUÉNOT. — Analyse bactériologique de deux cas de bronchite membraneuse, l'un aigu, l'autre tendant à la chronicité, M. GRIFFON. — Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin et rapport de ces fibres entre elles, M. F. TERRIER. — Pleurésie hémorragique unilatérale de nature cancéreuse, M. FOSSARD, MM. LETULLE, CORNIE. — Gros calcul biliaire extrait par cholécystotomie, M. FOSSARD 149

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine berlinoise : Hypertrophie du pylore, M. ROSENHEIM. — Tuberculose des vaisseaux, M. BENDA. — Sclérodémie, M. BLOCH, M. ADLER 149

ILES BRITANNIQUES. — Société clinique de Londres : Kyste du pancréas; incision; drainage; guérison, M. BARKEN. — Tumeur maligne du frontal, M. BATTLE 149

RUSSIE. — Société des médecins russes de Saint-Petersbourg : Forme rare d'anévrysme disséquant de l'aorte, M. V. DILLEYVY 149

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement médicamenteux de l'hyPOCHLORHYDIE 149

LIVRES NOUVEAUX

Le tétanos, par MM. J. COURMONT et DOYON 150

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

Pour raison de santé, cabinet médical à céder. S'adresser de 1 heure à 3 heures, 42, rue de Trévise.

Postes médicaux vacants : Dans sous-préfecture de Normandie, ville importante, deux heures de Paris. S'adresser au concierge de la Faculté de Paris.

Dans le département de la Sarthe. S'adresser à M. H. COLLIN, 6, rue de l'École-de-Médecine.

Dans l'Ouest, seul médecin sur un rayon de 6 communes, fixe. S'adresser à M. MARC, Moncé-en-Belin (Sarthe).

A Courtemer (Orne), après décès; fixe, 350 francs. S'adresser au maire.

HÉMONEUROL COGNET
 Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux.
RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL
CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIN DE BUGEAUD, Quina et Cacao.
 " PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE, par AD. LOREZ, professeur à l'Université de Vienne. Traduit de l'allemand par J. COLLET, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° carré, de 354 pages, avec 54 figures. Prix : 8 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

L'OPEN-DOOR

On désigne sous le nom d'« Open-door » (portes ouvertes) une nouvelle thérapeutique des aliénés tendant à remplacer la méthode de l'isolement. C'est en Ecosse que cette méthode a été mise en pratique en premier lieu dans des asiles à portes ouvertes; et l'excellence des résultats obtenus par son application la fait considérer comme un progrès réel, comme la formule d'assistance la plus en rapport avec les conceptions actuelles de la thérapeutique mentale.

Son application intégrale comporte deux ordres très distincts de réformes : 1° modifications du règlement intérieur auquel sont soumis les malades; 2° transformation totale des dispositions architecturales des établissements d'aliénés.

A l'étranger, en Ecosse, en Amérique, en Allemagne, nous verrons que ces deux ordres de modifications ont pu être effectués dans l'installation d'établissements nouvellement construits (Toledo, Kaukakee, Altscherbitz, Utschpringen, etc.), tandis qu'en France, M. Marandon de Montyel, qui s'est fait le propagateur heureux de ce système, l'a appliqué à l'asile de Ville-Evrard, sans modifier en rien les aménagements intérieurs de son service.

Ces deux côtés de la question ne sont donc pas indissolublement liés et l'application des mesures libérales du système de l'Open-door peut être tentée dans nos asiles actuels.

Une discussion à ce sujet s'est ouverte en 1897, au sein de la Société médico-psychologique, et a donné lieu à des débats très vifs et très intéressants : l'Open-door, en effet, a trouvé des adversaires intransigeants parmi les médecins qui trouvent que, dans nos asiles, si tout n'est pas parfait, tout est passable, et qui considèrent les innovations proposées comme impraticables, ou, du moins, d'une utilité contestable. La discussion, malheureusement, fut close sans que des conclusions pussent en être tirées.

Nous allons passer en revue les différentes modifications architecturales proposées pour que l'asile devienne le principal instrument de guérison de l'aliéné, puis nous étudierons les mesures libérales qui constituent la meilleure partie du système de l'Open-door.

La transformation des dispositions architecturales des asiles a deux buts principaux à remplir : 1° écarter

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

S^T-LÉGER TONI-ALCALINE

VICHY-CÉLESTINS
AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)
ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit. Rétablit les forces. Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Poiss.
 VII^e ANNÉE. T. I. — N° 24, 25 MARS 1899.

de l'aspect de l'établissement ce qui peut rappeler la maison de détention, en supprimant les murs extérieurs et intérieurs, les fenêtres grillagées, les portes massives, et rapprocher, autant que possible, l'apparence de ce milieu hospitalier spécial de l'aspect des habitations ordinaires; 2° multiplier les pavillons isolés, en modifiant les dispositions intérieures et extérieures de chacun, en les construisant tous dissemblables, ce qui se conçoit, puisque tous doivent être adaptés à des buts différents : pavillons d'observation, d'infirmerie, pavillons pour le traitement au lit, pavillons pour les gâteaux, pavillons pour les dangereux, pavillons pour les chroniques travailleurs. Il est évident que les indications spéciales tirées de l'état mental ou physique de ces différentes sortes de malades impliquent des aménagements particuliers, et semblent exclure la monotonie et l'uniformité des constructions actuelles.

« Trop longtemps, dit M. P. Garnier, les idées qui ont présidé à la construction des asiles se sont ressenties de la préoccupation exclusive de tenir les aliénés solidement et étroitement enfermés. L'énorme asile-caserne, lieu de garde, de renfermerie, plutôt que de traitement, est condamné à disparaître. Le progrès nous mène insensiblement vers une conception tout autre des besoins et des nécessités que comporte la thérapie mentale ».

Cependant, les asiles-casernes constituèrent, à une certaine époque, un énorme progrès.

Sans vouloir remonter bien loin dans le passé, nous savons dans quelles conditions étaient logés les aliénés au siècle dernier. Pinel et Esquirol les ont trouvés renfermés dans de véritables prisons (prisons de Bicêtre, de la Salpêtrière), mélangés parfois avec les prisonniers de droit commun, avec des criminels, ou relégués dans de véritables fosses dont les vestiges peuvent encore se voir à la Salpêtrière. Le rapport de Larocheffoucaud-Liancourt, très intéressant à consulter, signale que dans ces fosses le mouvement des crues de la Seine faisait remonter les rats d'égout, qui venaient mordre les jambes des malades qui s'y trouvaient enchaînés.

« En Allemagne, les aliénés, dit Joseph Franck, en 1833, sont jetés dans des culs de basse fosse, dans des cachots où ne pénètre jamais l'œil de l'humanité; ils s'y consomment dans leurs propres ordures et sous le poids des chaînes qui déchirent leurs membres. »

En Angleterre, la situation n'était pas meilleure; les aliénés, à Bedlam, étaient parqués dans des fosses entourées de grilles, et les visiteurs pouvaient les voir et les exciter comme des bêtes curieuses moyennant une rétribution.

Après Pinel, lorsque l'aliéné fut élevé à la dignité de malade, les conditions d'hygiène et de confort dans lesquelles il fut placé furent singulièrement améliorées : des asiles superbes se construisirent, mais la préoccupation dominante fut d'isoler complètement le malade et de le mettre dans l'impossibilité de s'évader; aussi voit-on de véritables cloîtres bien clos, avec de hautes murailles extérieures et intérieures; la vue de ces murs et des bâtiments était tout l'horizon de l'isolé, et le plus souvent trois ou quatre divisions (agités, gâteaux, tranquilles, infirmes) servaient à séparer des centaines de malades, si distincts cependant par leur état mental et leurs réactions délirantes. Cet isolement total, joint à l'inaction dans un pareil milieu, fut vite reconnu fatal, on comprit qu'il fallait faire sortir l'aliéné, l'occuper, et c'est en France, sous l'influence généreuse de Parchappe et de Ferrus, que les premières tentatives de travail furent faites, à Bicêtre en 1820, à la ferme Sainte-Anne en 1832. Mais on ne renonça pas cependant à l'isolement et aux grands murs; on entourait de murailles ateliers et terrains de culture, et, dès le retour du travail, l'aliéné se retrouvait dans les mêmes quartiers emmurés.

Cependant, peu à peu, les pavillons, les quartiers se multiplièrent, et les murs intérieurs tombèrent, donnant au malade la vue sur les jardins intérieurs de l'établissement; puis, grâce aux efforts persistants de Lunier et de Bourneville, les murs extérieurs dissimulés par des sauts-de-loup permirent au malade de voir au dehors (Ville-Evrard, Evreux, etc.). Cette dernière réforme n'est pas admise à titre définitif comme le prouve la construction des derniers asiles construits en France (Villejuif et Amiens).

Nous allons voir cependant combien cette conception de l'asile actuel est loin de celle des aliénés d'aujourd'hui, aussi bien en France qu'à l'étranger.

D'après M. Marandon, l'asile, pour répondre à

tous les besoins de la nouvelle thérapie mentale, doit, par son aspect, écarter toute idée de détention; il doit être, sans mur extérieur ni mur intérieur, formé de villas aux portes et aux fenêtres ouvertes pour 60 ou 70 pour 100 des malades, fermées par une grille élégante et une serrure pour les 30 pour 100 qui restent. Ces villas seront disposées sous forme de village, avec place publique entourée de tous les corps de métier, d'un café billard absent et d'un bureau de tabac, et avec boulevards sillonnés de tramways assurant le service, etc.

M. Christian, répondant à M. Marandon, considère son asile-village comme une utopie irréalisable, il le traite de village d'opéra-comique. Pour lui, tant vaut le médecin, tant vaut l'asile, et la question d'architecture est très secondaire.

Cependant le plan conçu par M. Marandon a été réalisé: en Amérique, à l'asile de Kaukakee, à 56 milles de Chicago, il a été construit de toutes pièces un village traversé de grandes avenues plantées d'arbres, bordées de maisons toutes séparées, toutes différentes les unes des autres, destinées à contenir de vingt-cinq à trente malades au plus. Ces maisons, ornées de vérandas précédées de jardins, ressemblent à des maisons ordinaires. On a tout fait pour éviter de donner à ce groupe de construction l'apparence d'un asile ou d'un hôpital, etc. (Rapport de M. Tucker cité par M. Colin).

À Toledo, ville de l'État d'Ohio, se trouve un asile bâti suivant le système des cottages.

Les cottages sont des maisons de deux étages, distantes les unes des autres de 20 mètres environ, entièrement séparées des bâtiments administratifs, donnant sur d'immenses pelouses et précédées de vérandas où viennent s'asseoir les vieillards et les infirmes. Chacun des cottages est aménagé suivant le genre d'aliénés auquel il est affecté, etc. Toutes les parties de l'établissement sont reliées par un tunnel où circulent les fils électriques, les conduites d'eau et de vapeur. Trois lacs d'accès absolu libre forment le centre de la propriété. Le prix du lit est de 1.500 francs. (Rapport de M. Handfield cité par M. Colin.)

En Allemagne, l'asile colonie d'Altscherbitz réalise aux yeux de M. Sérius, le type de l'asile d'aliénés moderne; jusqu'à présent on avait vu de grands asiles s'annexer une petite colonie agricole; là, les termes de la proportion sont renversés, et c'est à une vaste colonie d'aliénés qu'est adjoint un hôpital pour le traitement des psychoses aiguës. Partout, comme dans les asiles américains aussi bien à la colonie que dans l'hôpital central, se manifeste la préoccupation d'écarter ce qui peut rappeler une maison de détention. « Les pavillons composant l'asile central sont tous dissemblables, et cela se conçoit puisqu'ils sont adaptés chacun à un but différent; il y a des pavillons de surveillance, d'admission, d'observation, deux pavillons d'agités et un pavillon d'infirmerie. Les uns n'ont qu'un rez-de-chaussée, les autres possèdent un premier étage, tous sont sont décorés de vérandas, de balcons; tous sont entourés de jardins clos de simples barrières de 1^m,65 à 2 mètres de hauteur.

Dans la colonie, ce sont de véritables cottages disséminés en ordre, dispersés dans le parc; la façade de ces villas est couverte de plantes grimpances; fenêtres et portes ne sont pas fermées à clef (Rapport de M. Leroux).

De même en Ecosse, à Crichton Asylum, tout a été fait pour enlever à l'asile l'aspect de caserne. Ce sont des sections à portes ouvertes avec des galeries faisant communiquer le côté des hommes et celui des femmes; pas de portes massives, de fenêtres grillagées, plus de murs élevés, mais des portes vitrées, de vastes glaces, des grilles élégantes, etc. (Rapport de M. Marie, 1872).

Ces exemples montrent quelle est la conception architecturale actuelle des asiles d'aliénés: elle n'est, en somme, que la mise en pratique des vœux de M. J.-P. Falret, lorsqu'il demandait trois conditions principales: 1° agrément; 2° étendue; 3° divisions nombreuses; et d'un autre côté, ce n'est que l'application aux indigents des conditions hygiéniques réunies depuis longtemps dans les maisons de santé payantes.

De même les mesures libérales dont M. Marandon réclame l'application dans les asiles d'indigents sont depuis longtemps appliquées dans les maisons de santé et dans les pensionnats. Ces réformes sont donc possibles.

Elles se résument, d'après M. Marandon, dans les libertés suivantes:

Visites libres tous les jours au gré des familles. Permission de prendre ses repas à l'intérieur ou l'extérieur de l'asile avec les parents.

Congés et sorties provisoires en cours de traitement.

Liberté pour les malades d'écrire quand ils veulent et à qui ils veulent.

Réduction de la discipline à la restriction de la liberté accordée.

Liberté, pour un grand nombre de malades, de circuler dans l'asile, à l'intérieur de l'établissement, ou même à l'extérieur, avec un bon de circulation.

La plupart de ces libertés sont en contradiction avec le règlement en vigueur, du 20 Mars 1857, qui n'autorise ni les congés, ni les sorties provisoires en cours de traitement, ni les collations, et qui impose les visites à jours et à heures fixes.

C'est donc seulement grâce à l'appui bienveillant de l'administration préfectorale de la Seine et du directeur de l'Assistance publique que M. Marandon a pu expérimenter, depuis dix ans, le système de l'open-door dans son service de Ville-Evrard. Mais ces réformes sont tellement dans les mœurs médicales de notre époque, qu'une enquête faite auprès de 71 médecins d'asiles d'indigents apprenait que 4 déjà accordaient aux malades toutes ces libertés, et que presque tous les autres en accordaient une partie plus ou moins grande (Société médico-psychologique, 31 Mai 1897).

M. Christian, adversaire du système de l'open-door, « dans lequel, dit-il, ce qui s'y trouve de bon est vieux et ce qui s'y trouve de nouveau est fort contestable, sinon impraticable, rappelle néanmoins que, dans son service de Charenton, la plupart des libertés réclamées par M. Marandon sont accordées: les sorties et congés sont fréquents, les villégiatures autorisées; les visites peuvent avoir lieu à toute heure et tous les jours, les repas en famille sont permis, toutes les punitions sont bannies, sauf, à titre exceptionnel, la camisole, à laquelle M. Christian trouve du bon (!).

Mais, répond M. Marandon, comment ce qui est bon pour les uns est-il mauvais pour les autres, et pourquoi ne pas appliquer les mesures à tous les aliénés qui peuvent en bénéficier!

Les principales de ces mesures les plus en contradiction avec la méthode d'isolement jusque-là en honneur dans les asiles consistent en la liberté accordée à certains malades de circuler dans l'établissement et au dehors et d'habiter dans des sections à portes et fenêtres ouvertes.

L'application de ce système de libertés implique une connaissance parfaite des malades et un classement rigoureux. Il importe, tout d'abord, de distinguer les dangereux des inoffensifs, et, parmi ces derniers, ceux qui sont capables ou susceptibles de bénéficier de la liberté qui leur est accordée: les uns restent isolés dans des quartiers fermés, les autres, suivant leur état mental, sont tenus en observation dans des quartiers spéciaux, d'autres sont maintenus au lit, d'autres, enfin, et c'est le plus grand nombre, 75 pour 100, vont en liberté dans l'établissement ou dans un certain rayon au dehors.

Tous les jours, le médecin doit dresser une liste des noms de ceux qui doivent rester couchés, ne sortir que pour le travail, sortir accompagnés, circuler *sur parole*, mais librement dans l'établissement.

La seule sanction au manquement de la parole donnée consiste dans la restriction de la liberté accordée en faisant passer le coupable de la liste des sortants sur parole à celle des promeneurs accompagnés et même à supprimer toute sortie. Et bien plus que la crainte de la douche et de la camisole, la crainte de perdre une des libertés dont il a déjà joui maintiendra le malade dans le respect de la discipline et des règlements.

Est-il donc 75 pour 100 des aliénés qui ne soient pas dangereux et susceptibles, jusqu'à un certain point, de garder la parole donnée? L'assertion paraît étrange encore à quelques-uns, et vérifiée par les faits observés, montre quel chemin parcouru depuis un siècle dans la connaissance de la psychologie de l'aliéné.

Au siècle dernier, considéré comme éminemment dangereux, il est enchaîné comme on sait. Pinel lui enlève ses chaînes, et sa fureur diminue au lieu de s'accroître; mais il est encore soumis à une discipline sévère: la camisole de force, la douche de punition, le pain sec, etc., etc., lui sont encore appliqués généreusement. Le traitement moral de Leuret à Bicêtre, luttant contre les idées délirantes

par le jet de la douche, marque une époque médicale. Puis, grâce à l'impulsion de O'Connely, de Tuke, en Angleterre, de Magnan, en France, la camisole et les punitions correctives sont successivement supprimées et, à chaque réforme libérale, correspond une amélioration de l'état mental des malades : la folie furieuse a totalement disparu dans certains services, du cadre nosologique. L'agité est maintenu au lit.

En somme, à mesure que les maladies mentales sont mieux étudiées, mieux groupées, que les aliénés sont mieux classés, on voit que si certains ont besoin de traitement et d'asiles spéciaux (alcooliques, aliénés criminels, etc.), d'autres nécessitent des soins médicaux constants (maniaques, mélancoliques), la majorité, enfin, ne sont pas dangereux, peuvent bénéficier d'une plus grande liberté, et peuvent, jusqu'à un certain point, garder leur parole : bien entendu dans certaines conditions de surveillance et de milieu.

Tout aliéné, a dit Renaudin, a la virtualité criminelle; il peut, à un moment, devenir dangereux. C'est vrai en principe, dit Lunier; mais en fait, il y a de nombreuses exceptions. Mais nous pensons, avec Morel et Falret, que la clinique nous fournit des données suffisantes pour distinguer les fous dangereux de ceux qui ne le sont pas. Et de fait, nous voyons, par notre expérience personnelle, que ce sont ces simples données cliniques qui ont permis d'envoyer dans la colonie familiale de Dun-sur-Auron les 500 malades dont la plupart sont délinquants et dont aucune n'a encore fait courir le moindre danger.

M. Marandon va plus loin, il trouve la clinique insuffisante et, après avoir montré avec beaucoup de justesse qu'il n'y a pas de maladie mentale dangereuse ou inoffensive, et que la criminalité tient à l'individu lui-même, il puise des renseignements dans l'anthropologie criminelle et suivant la présence ou l'absence de stigmates dégénératifs ou régressifs, il conclut : que la liberté la plus grande doit être accordée dans les cas de folie régressive, une liberté limitée dans les folies dégénératives avec stigmates de régression; liberté plus limitée encore dans les folies simples sans stigmates.

Sans nier l'importance de l'examen anthropométrique des aliénés et de l'appoint qu'il peut apporter à l'examen clinique individuel, nous sommes convaincus que notre ancien maître, M. Marandon, ne fait pas sur ces simples données, la sélection de ses malades inoffensifs auxquels il applique le système de l'open-door : la clinique doit venir compléter ses informations anthropométriques.

La possibilité pour certains malades de tenir leur parole et de ne pas abuser de la liberté qui leur est accordée, a trouvé des sceptiques parmi les aliénistes. S'ils peuvent se diriger, prétendent-ils, que ne les laissez-vous dans leur famille? Cette objection n'a pas plus de valeur à notre avis que la publication que font certains adversaires de l'open-door, des crimes commis par les aliénés en liberté, c'est-à-dire avant leur internement. Il faut considérer, avant tout, la question de milieu où se trouve le malade; l'expérience et l'observation journalière nous apprennent que les réactions des aliénés se modifient complètement dès qu'ils ont franchi le seuil d'un asile, fut-il à portes et à fenêtres ouvertes. Liberté ne veut pas dire licence, a écrit M. Marandon, et l'application de l'open-door n'exclut pas l'idée de discipline, et l'influence exercée par le traitement médical, par le nouveau milieu dans lequel il se trouve, d'où les excitations ordinaires du dehors sont exclues, modifie profondément le caractère du malade.

Nous voyons s'exercer cette influence du changement de milieu dans les placements familiaux, où le restraint moral et la discipline sont réduits au minimum : telle malade, douce, tranquille, inoffensive dans la colonie, dans la famille où elle est confiée, redevient difficile, insupportable et même dangereuse, dès qu'elle est rentrée dans son milieu ordinaire, si ses parents ont tenté de la reprendre avec eux. Nous avons de nombreux exemples de ce genre.

Le système de l'open-door, comme celui du placement familial, ne peut et ne doit s'appliquer qu'à une certaine catégorie de malades; mais le nombre de ces malades est beaucoup plus grand qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour. L'internement tel qu'il est pratiqué comprend deux facteurs : l'isolement et le changement de milieu. Le changement de milieu est la base du traitement de tous les aliénés, mais l'isolement, nécessaire pour certains, est néfaste pour le plus grand nombre. La claustration, dit M. Lentz,

finit par anéantir l'activité physique et morale des aliénés, et l'absence de tout stimulant intellectuel contribue notablement à l'extinction du peu qui leur restait de vie psychique. » MM. Parizot et Peeters ajoutent : « Le résultat de cet isolement peut être la démence rapide et précoce. »

La méthode de l'isolement est jugée mauvaise depuis longtemps. Elle n'est appliquée d'une façon générale et rigoureuse qu'aux seuls indigents. Car pour les malades aisés, il est bien des manières de les changer de milieu. « On isole un aliéné, dit Esquirol, en le faisant voyager avec ses proches parents, ses amis ou des étrangers, en le plaçant seul dans une maison qui lui est inconnue, en changeant les personnes qui le servent, etc. », et le célèbre aliéniste ajoute : « Mais qui oserait affirmer que l'isolement n'a jamais été nuisible? »

Pour l'indigent aliéné, le placement dans un asile est la seule ressource, et il importe que des améliorations architecturales et des modifications du règlement intérieur permettent de lui donner les soins médicaux que nécessitent son état mental, que l'asile tende à devenir un hôpital de traitement des maladies mentales plutôt qu'une garderie, suivant l'expression de M. Garnier; alors les internements se feront plus précoces, les malades et leurs familles n'auront plus la terreur de ces établissements, et, alors peut-être, diminuera la liste des crimes et des délits commis par les aliénés en liberté.

A. VIGOUROUX,
Médecin de la colonie familiale
de Dun-sur-Auron.

CULTURE DU BACILLE TUBERCULEUX DANS L'ÉPANCHÉMENT SÉRO-FIBRINEUX DE LA PLEURÉSIE FRANÇAISE

PAR

F. BEZANÇON et V. GRIFFON
Chef de laboratoire et Préparateur du laboratoire
à la Faculté. de bactériologie.

A partir du jour où M. Landouzy¹ proclama, au nom de la clinique, cette loi que toute pleurésie qui « ne fait pas sa preuve » est de nature tuberculeuse, les expérimentateurs se sont ingénies à fournir à cette conception hardie l'appui de faits matériels propres à entraîner la conviction.

L'examen microscopique du liquide extrait de la plèvre donnant, pour ainsi dire, toujours un résultat négatif, l'inoculation au cobaye est demeurée jusqu'à aujourd'hui le seul procédé mis en œuvre. Appliquée pour la première fois à l'étude des épanchements pleuraux, par MM. Chauffard et Gombault², cette méthode de diagnostic bactériologique a donné, entre les mains de ceux qui, depuis, ont successivement cherché à obtenir, par l'injection de liquide pleurétique, la tuberculisation expérimentale du cobaye, des résultats d'autant plus concluants que la dose de sérosité injectée a été mieux proportionnée à la résistance de l'animal.

On s'explique qu'il puisse néanmoins subsister quelques faits négatifs. Il est aisé de concevoir que « des liquides séro-fibrineux, puisés au sein même d'une lésion tuberculeuse, puissent ne pas être virulents pour le cobaye »; il suffit, en effet, toute question de variété atténuée du bacille mise à part, de se représenter qu'on peut être en présence de microbes répartis dans un milieu relativement si vaste, à un tel degré de dilution, que l'inoculation ne dépose dans le péritoine de l'animal que quelques germes pathogènes, ultérieurement détruits; d'autre part, que le sérum pleurétique peut ne pas être dépourvu de propriétés immunisantes pour le cobaye qui le reçoit en même temps que les rares bacilles en suspension dans l'épanchement.

C'est ainsi que, malgré une technique ingénieuse, malgré le soin de pratiquer, à plusieurs reprises, des injections massives dans le péritoine d'un même

animal, M. Le Damany³ n'a pu éviter quelques cas négatifs au cours d'une série de 53 inoculations. Sa statistique est la plus récente qui ait été publiée; 47 fois le résultat a été positif; dans 8 cas, par conséquent, la recherche expérimentale a échoué, et pourtant, parmi ces derniers, il en est, prétend-il, où la tuberculose ne saurait être mise en doute.

A priori, la mise en culture de la sérosité pleurétique sur un milieu favorable au développement du bacille de Koch, devrait offrir plus de garanties pour le diagnostic bactériologique, puisqu'il suffirait, à la rigueur, de la présence d'un germe, un seul, atténué ou non, dans le liquide ensemençé, pour que se développe, au point où ce microbe aurait été déposé, une colonie bacillaire. Or, une telle solution n'a pu encore être apportée au problème qui nous occupe : on n'a jamais décelé, par la méthode des cultures, le bacille tuberculeux dans les épanchements séreux.

Nous venons de réaliser ce desideratum en ensemençant le liquide de la pleurésie franche, aiguë, primitive, sur le milieu spécial dont nous avons donné récemment la formule⁴, sur le sang gélosé. Déjà, le pus d'un abcès froid costal, cultivé dans ces conditions, nous avait donné au bout de dix jours des bacilles visibles au microscope, et ce premier résultat devait nous encourager à poursuivre nos recherches du côté des exsudats séreux.

Chez deux malades du service de M. Chauffard, les seuls que nous ayons pu observer ces derniers temps nous avons ponctionné l'épanchement pleural, et l'ensemencement sur nos tubes de sang gélosé a donné dans les deux cas, au bout de vingt-huit jours, des colonies visibles à l'œil nu, grosses comme des têtes d'épingle, dures, saillantes; elles étaient en petit nombre à la surface de chaque tube, particularité qui s'explique si l'on admet la rareté des microbes ensemençés. Au microscope, l'aspect est des plus nets : bacille isolé ou réuni en groupes qui rappellent la forme des moustaches tordues.

Dans l'un de ces deux cas, un cobaye, inoculé quelques jours avant la date de l'ensemencement sur sang gélosé, fut sacrifié au bout de vingt-huit jours; or, l'autopsie ne montra à l'œil ni aucune lésion de tuberculose expérimentale, de sorte que la nature de cette pleurésie, déjà anormale par ses allures typhoïdes, aurait pu demeurer ignorée si la culture n'était venue, quelques jours après, apporter la preuve indiscutable que la tuberculose, là encore, était en jeu.

D'autres sérosités que celles de la pleurésie franche pourront être, croyons-nous, ensemençées avec avantage sur le sang gélosé; le diagnostic étiologique de l'hydrothorax, de l'hydrocèle, de l'ascite, et, à condition de pratiquer une ponction lombaire, de la méningite séreuse, pourra bénéficier de la méthode que nous avons proposée.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

22 Mars 1899.

De l'asepsie opératoire. — M. Quénu. Depuis l'introduction des étuves perfectionnées dans la pratique chirurgicale, nous sommes arrivés à une sécurité complète, relativement aux compresses et aux tampons, sécurité encore augmentée par le contrôle que nous avons le premier imaginé, en plaçant dans les boîtes destinées à l'autoclave des substances fusibles à 112° ou au-dessus, soufre, acide benzoïque, alliages, etc.

Pour les instruments, nous sommes restés fidèles à l'ébullition prolongée dans une solution de borate de soude, nous défiant beaucoup des étuves à air dans lesquelles l'équilibration de la température se fait par grandes oscillations et d'une façon lente et incertaine.

Je discuterai la question des fils quand j'aurai traité celle de l'asepsie du chirurgien. Cette asepsie du chirurgien est la plus difficile à réaliser en pratique, et je suis persuadé que la majorité des accidents post-opératoires tiennent à cette cause. La raison en est, et c'est là ce que je voudrais mettre en lumière, que la désinfection des mains est chose illusoire. Jadis, les opérations, dans les services de chirurgie, se faisaient à la fin de la visite, après que le chirurgien avait effectué un

1. LE DAMANY. — Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses, primitives et secondaires. Thèse, Paris, 1897, p. 26.

2. F. BEZANÇON et V. GRIFFON. — Culture du bacille tuberculeux sur le sang gélosé. Soc. de biologie, 1899, 4 Février.

1. Travail du laboratoire de M. Chauffard à l'hôpital Cochin et du laboratoire de M. Cornil à la Faculté.

2. L. LANDOUZY. — Gazette des Hôpitaux, 1884, p. 1001. Revue de médecine, 1886, p. 661.

3. A. CHAUFFARD et A. GOMBAULT. — Société médicale des hôpitaux, 1885, 8 Août.

4. A. PÉRON. — Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre. Thèse, Paris, 1896, p. 105.

certain nombre de pansements ou d'exams. Un grand progrès a été la pratique universellement adoptée aujourd'hui de commencer la journée par l'acte opératoire, cette précaution paraissant suffire, et peu d'opérateurs se privaient, la veille d'une intervention, d'un examen ou d'une exploration septiques. Il y a plus de huit ans que je suis arrivé à cette conviction qu'un contact septique est susceptible le lendemain de vicier une opération, quelque désinfection de ses mains que tentât l'opérateur.

Avant toutes les expériences répétées des bactériologistes sur la désinfection des doigts et des ongles, j'ai prêché autour de moi cette doctrine : c'est que le chirurgien doit s'abstenir de toute ouverture d'abcès ou de toucher septique au moins deux jours avant une opération importante. Plus tard encore, je me suis aperçu que mes résultats étaient d'autant meilleurs que je m'éloignais plus complètement encore de la chirurgie des suppurations. Mon service est organisé de telle manière qu'un interne s'occupe seul des septiques hommes et femmes, et qu'un jour par semaine seulement, le plus loin possible du jour des opérations abdominal-s, est consacré aux examens du rectum ou d'infections septiques quelconques. J'ai appliqué cette même rigueur à la clientèle, non sans quelques difficultés, je l'avoue. Ces précautions ne sauraient aujourd'hui paraître exagérées, après les recherches bactériologiques récentes : j'y ai déjà fait allusion dans une analyse d'un travail de Mikulicz parue dans la *Revue de chirurgie*, il y a juste un an. Je rappelle en particulier ce fait capital observé par Goltstein, que, seul dans la clinique, l'infirmier exclusivement chargé des instruments et des appareils, avait, d'une façon pour ainsi dire constante, les mains stérilisables ; or, cet infirmier n'entraîna jamais en contact avec les malades. Inversement, aucun des membres du personnel médical ne présentait de constance dans la stérilisabilité des mains.

C'est imbu de cette idée, que les mains sont le principal facteur de l'infection, que Mikulicz a, dès 1896, adopté l'emploi des gants stérilisés. On sait que ce chirurgien se sert de gants de fil ; ces gants ne sont pas imperméables et la désinfection des mains n'en est pas moins rigoureusement nécessaire. D'autres chirurgiens emploient des gants de caoutchouc ; en France, je sais que plusieurs de nos collègues usaient de gants de caoutchouc à l'époque surtout où il était de mode de plonger les instruments dans l'acide phénique, mais c'était moins pour garantir le malade que pour se protéger eux-mêmes contre l'action irritante des antiseptiques. En outre, ces gants, dont nous avons des spécimens dans notre service, sont épais, non adaptés à la main et aux doigts ; ils sont incompatibles avec l'exécution d'une opération délicate ; j'ai donc accueilli comme une véritable trouvaille, et comme un grand perfectionnement, les gants qui sont usités dans les services de chirurgie de Leipzig. Ces gants sont faits d'une sorte de tissu en jersey caoutchoué pour les poignets, la main et la racine des doigts ; le reste des doigts est en caoutchouc mince, s'adapte bien à la pulpe digitale et n'obscure pas trop le sens tactile ; je me sers depuis cinq mois de ces gants dans deux circonstances différentes, tantôt pour faire des opérations septiques, tantôt pour faire des opérations aseptiques, quand je doute de la propreté de mes mains. J'ai dû un dimanche après-midi ouvrir des abcès gangreneux de la jambe ; cela ne m'a pas empêché le lendemain de pratiquer une laparotomie dans mon service ; j'ai opéré, en gants, des salpingites difficiles, des fibromes de l'utérus, des appendicites à froid, fait des sutures intestinales, etc.

La plupart du temps, lorsque je suis assuré de l'asepsie de mes mains, j'opère sans gants, mais je fais mettre une paire de gants à mes aides ; je circonscris ainsi les responsabilités et réduis les mauvaises chances à leur minimum ; il est bien certain que, malgré leur perfectionnement, les gants enlèvent toujours un peu de dextérité à l'opérateur ; les gants sont bouillis pendant un quart d'heure ; il importe, si les doigts du chirurgien sont septiques, de mettre le premier gant sans en toucher les doigts avec les doigts de l'autre main non encore gantée.

Je laisse de côté dans cette étude tout ce qui est relatif à l'usage des masques ; je suis, à ce point de vue, de l'avis de M. Terrer, et je pense que les contaminations des fils proviennent, non de la bouche et du nez du chirurgien, mais de ses doigts, surtout s'il s'habitue, et s'il habite ses aides à ne pas dire un mot pendant l'acte opératoire. Il est cependant des cas où je considère l'usage du masque comme très rationnel : c'est lorsque le chirurgien est atteint, ou de coryza à la période de coction, ou de périostite dentaire, etc. ; à défaut de masque, dans le premier cas, j'ai toujours soin de faire un lavage des narines et de la bouche avec une solution de sublimé.

J'ai laissé de côté jusqu'ici la question des fils : je continue à me servir, pour mes opérations aseptiques et qui ont chances de rester telles, de substances stérilisables à l'autoclave. Le catgut, grâce à la méthode de Repn, rentre, il est vrai, dans ces substances, mais il me paraît moins commode et moins maniable que la soie et le fil. Depuis près d'un an, je me sers presque exclusivement de fil à coudre, voici pour quelles raisons : les fils de soie fins sont très solides à une condition, c'est qu'ils ne soient pas fabriqués soit avec de la bourre

de soie, soit avec des fils coupés ; or, la plupart du temps mes collègues ont pu se convaincre comme moi combien les fils plus suffisamment autoclavés résistent peu et deviennent cassants. Il n'en est pas de même du fil même fin ; le fil autoclavé résiste très bien et on peut s'en servir pour lier les pédicules d'utérus et d'artères utéro-ovariennes ; je l'emploie exclusivement dans mes opérations abdominales, dans les hernies, les gastro-entérostomies, etc.

Le fil à coudre est aussi bien supporté que la soie pour les tissus. Au point de vue de cette tolérance des tissus par les fils, voici quelles sont mes croyances :

1° La première condition, c'est l'asepsie des mains du chirurgien ; depuis deux ans, six internes ont passé au pavillon de gynécologie, où j'ai toujours remarqué que la proportion des suppurations de fils a toujours été strictement en rapport avec le degré de confiance qu'apportent mes aides à mes prescriptions relatives aux mains.

Malgré tout, par ce seul fait qu'une opération a duré un certain temps, les plaies exposées à l'air subissent une certaine contamination, et il faut mettre les tissus dans les conditions qui assurent le mieux leur tolérance pour les corps étrangers.

Ces tolérances sont au nombre de trois :

1° L'asepsie du fil dont je n'ai plus à m'occuper ;

2° La minceur du fil ;

3° La faible épaisseur des tissus serrés par le fil.

Plus un fil est mince, mieux il est toléré, c'est là un fait indiscutable, et c'est la raison pour laquelle j'use du fil à coudre ; j'emploie pour mes hernies, pour les parois abdominales, du fil presque aussi fin que celui qui sert aux sutures intestinales.

Comme mode de suture, j'ai exclusivement recouru aux sutures à points séparés ; je réserve les sujets aux ligaments larges et aux anastomoses gastro ou entéro-intestinales.

M. Bazy. L'asepsie des mains peut être obtenue d'une façon suffisante pour que l'on soit en droit d'affronter sans crainte les opérations les plus délicates. Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir à pratiquer une laparotomie après avoir fait une opération septique et mes malades ont parfaitement guéri sans nul incident.

M. Tuffier. Il est certain que nous ne pouvons obtenir pour nos doigts une aseptie parfaite, une aseptie de laboratoire ; nous ne pouvons chercher qu'à leur laisser un minimum de septicité, et pour assurer cette aseptie relative, je crois très important de ne jamais laisser sécher de produits septiques sur la main. Depuis trois mois, je fais usage de gants pendant les opérations ; ces gants sont les mêmes que ceux dont se sert notre collègue, M. Quénu. Je leur reconnais un grand inconvénient : ils ne laissent pas aux doigts toute leur sensibilité tactile, d'abord parce qu'ils serrent un peu le doigt ; deuxièmement parce que leur présence provoque une sécrétion sudorale qui gêne le tact. Quand on veut avec un doigt ganté guider un instrument dans la profondeur d'un organe, on n'est pas aussi sûr de ce que l'on fait. Malgré cela je ne renonce pas aux gants, mais je les réserve aux opérations septiques ; et encore au temps septique de l'opération. Je m'explique ; dernièrement j'ai eu à inciser un foyer de gangrène pulmonaire ; j'ai pratiqué les premiers temps de l'opération avec les mains nues ; ce n'est qu'au moment où j'ai eu le poumon à inciser que j'ai revêtu mes gants.

Quant à la question des fils je ne suis pas entièrement de l'avis de M. Quénu ; je trouve que le fil ordinaire ne se serre pas assez facilement. La soie plate est beaucoup plus facile à serrer ; je l'emploie aussi fine que possible car elle est d'autant mieux supportée par les tissus que ses diamètres sont moindres. Une autre condition très importante à remplir pour ceux qui veulent obtenir des réunions par première intention, c'est de faire une hémostase rigoureuse. On ne saurait trop insister sur l'importance de l'hémostase ; si on laisse dans le fond d'une plaie du sang en quantité appréciable, on aura là un milieu de culture tout prêt à être le point de départ pour l'infection.

M. Jalaquier. Depuis 1887, j'emploie systématiquement des gants de caoutchouc un peu différents de ceux que montrait tout à l'heure M. Quénu. J'avais été amené à leur usage par une intolérance toute spéciale de mes téguments pour les antiseptiques. Depuis j'en ai continué l'emploi, mais je reconnais parfaitement qu'ils rendent les doigts moins habiles quand on opère dans la profondeur et qu'on doit guider des instruments sur les doigts. Pour les fils, je suis fidèle au catgut et je m'en trouve bien. Quant à la désinfection des mains, je crois qu'on ne saurait la faire avec trop de soin, et, avec M. Tuffier, je pense qu'il faut toujours veiller à ne pas laisser sécher de produits septiques sur les téguments de la main, pour cela je me trempe souvent les mains au cours d'une opération dans une solution antiseptique très faible.

M. Poirier. Quand on commence une opération, on a des mains aseptiques, mais à la fin de l'opération les mains ne sont plus aseptiques ; cela tient à ce que du fond des glandes sudoripares des microbes sont ramenés à la surface de la peau. Aussi je crois une précaution utile l'emploi des gants de caoutchouc, non pas le jour de l'opération, mais la veille de l'opération. Je mets, la veille de toute opération importante, des gants de caoutchouc pendant une heure ou deux pour laisser mes téguments excréter leur sueur. Je suis d'avis égale-

ment de se laver fréquemment les mains au cours des opérations.

M. Quénu. Je répondrai à M. Bazy que les faits qu'il cite sont loin d'être concluants ; les faits négatifs ne prouvent rien ; de ce qu'il a pu mener à bien des laparotomies après des opérations faites sur des tissus plus ou moins septiques, il ne s'ensuit nullement que ce soit une pratique à recommander. Pour ma part, j'ai vu un cas très net de mort à la suite d'une laparotomie où la cause de l'infection était la septicité des mains d'un aide qui avait pratiqué la veille un curetage pour infection puerpérale grave. A M. Tuffier, qui me dit qu'on ne peut pas obtenir une aseptie parfaite des doigts, je répondrai que c'est là un idéal que nous devons chercher à atteindre, il faut tâcher de nous rapprocher le plus possible de l'asepsie de laboratoire. Pour cela il est très important de toucher le moins possible aux choses sales. M. Tuffier préfère la soie au fil ordinaire ; la soie très certainement est plus facile à serrer, cependant si l'on a soin de faire un double nœud bien fait, on peut parfaitement serrer avec du fil ordinaire. Comme lui, je crois qu'il faut prendre les fils les plus fins possible et c'est précisément pour cette raison que j'ai recours au fil de couturière qui, à égalité de diamètre, m'a paru plus résistant.

Fracture oblique de jambe. — M. Chaput présente un homme de trente-six ans, qui se fit, en glissant au bord d'un trottoir, une fracture oblique de jambe. L'extension continue, appliquée au moyen de l'appareil de Hennequin, a donné un excellent résultat.

Appendicite. — M. Peyrot présente un appendice enlevé par M. Souligoux, trente heures environ après le début des accidents. Cet appendice était en voie de sphacèle.

Balle de plomb dans le tibia. — M. Bazy présente un fragment de plomb en plaque extrait de l'intérieur du tibia d'un jeune homme de dix-neuf ans.

Gastrectomie. — M. Poirier présente un estomac cancéreux qu'il a enlevé par gastrectomie. La tumeur, remarquable par son volume, pèse 275 grammes ; elle comprend tout l'estomac à l'exception du cul-de-sac gauche.

Réséction de l'intestin grêle. — M. Guinard présente un segment d'intestin grêle qui offre quatre rétrécissements circulaires très prononcés échelonnés sur une étendue d'intestin grêle de 1 m. 10 mesurée sur le bord libre. Les sténoses étaient d'origine tuberculeuse.

Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle. — M. Sieur présente au nom de M. Robert les pièces d'autopsie d'un volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine appendiculaire.

Ostéomyélite du tibia droit. — M. Sieur présente une pièce osseuse et une épreuve radiographique d'un cas d'ostéomyélite du tibia droit avec nécrose presque totale de la moitié supérieure de la diaphyse. On pratiqua l'ablation de l'os nécrosé. Sur l'épreuve radiographique prise quatorze mois après l'intervention, on voit une régénération périostique d'un os nouveau.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Mars 1899.

La véritable cause de l'appendicite. — M. Faissans. Depuis longtemps déjà, divers médecins ont signalé la coïncidence possible de l'appendicite et de certaines affections de nature grippale, d'où cette conclusion que la grippe pouvait, dans certaines circonstances, engendrer l'appendicite.

Or, l'appendicite grippale, loin d'être une exception, doit être considérée comme la règle générale, que l'appendicite éclate au cours d'une attaque de grippe ou qu'elle ne se montre que plus ou moins longtemps après cette attaque ; dans tous les cas, la relation de cause à effet entre la maladie générale et l'affection appendiculaire est extrêmement probable. Seulement, dans le second cas, l'appendicite, qui a été créée par la grippe et qui lui survit, évolue d'une manière silencieuse jusqu'au jour où, sous l'influence d'une nouvelle grippe ou de toute autre cause, éclate la crise d'appendicite aiguë se révélant par le syndrome appendiculaire bien connu.

Cette manière d'envisager l'étiologie de l'appendicite est celle qui donne l'explication la plus satisfaisante, sinon la seule explication possible de deux faits dont la réalité est incontestable : l'appendicite est devenue d'une fréquence extraordinaire depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire depuis l'apparition des grandes épidémies de grippe. En second lieu, chaque épidémie annuelle de grippe est accompagnée d'une sorte d'épidémie d'appendicite. Cette double constatation conduit tout naturellement à admettre que la véritable cause de l'appendicite, c'est la grippe.

Pneumonie sèche chez un homme de vingt-huit ans. — M. L. Galliard. En dehors de la vieillesse et de l'enfance, la pneumonie sèche est rare. L'absence d'expectoration est moins banale dans la pneumonie que dans les variétés de congestion pulmonaire, étudiées par M. Rénon au cours de la dernière séance.

J'ai observé un homme de vingt-huit ans, entrant à l'hôpital Saint-Antoine au sixième jour d'une pneumonie

de la base droite, le 14 Décembre 1897. Après une fausse défervescence la fièvre reparut le huitième jour, tandis que se manifestait l'herpès de la face et que s'accroissaient les signes physiques de la pneumonie. Nouvelle émission mensongère les onzième et douzième jours. Une troisième poussée fébrile durant trois jours correspondit à l'envahissement du sommet droit. Défervescence graduelle; apyrexie définitive le dix-huitième jour, disparition des signes physiques le vingtième jour.

Au cours de cette pneumonie ascendante à poussées successives, dont les allures rappelaient ce qu'on observe dans les épidémies de grippe, le malade n'a pas expectoré un seul crachat.

Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal. — M. J. Babinski. J'ai observé trois malades qui, au point de vue clinique, à côté de quelques particularités individuelles, présentaient, comme trait commun, une forme de paraplégie crurale caractérisée par une contracture très intense amenant une flexion permanente et très marquée de la cuisse sur le bassin ainsi que de la jambe sur la cuisse, accompagnée de douleurs, qui se manifestaient principalement quand on cherchait à corriger par des tractions l'attitude vicieuse des membres, et de mouvements spasmodiques apparaissant surtout à la suite de ces tractions et augmentant encore la déformation. Au point de vue anatomique dans ces trois cas le système pyramidal n'était pas dégénéré.

Chez une de ces malades, la lésion consistait en un sarcome angiolitique, gros comme une petite noix, développé aux dépens du plexus choroïde du 5^e ventricule, occupant le côté droit et ayant refoulé le bulbe, la protubérance, le pédoncule cérébelleux moyen et le cervelet. Il n'y avait pas trace de dégénération secondaire, et, au voisinage même de la tumeur, les tubes nerveux n'offraient aucune altération histologique. L'affection s'était manifestée pendant la vie par de la céphalée, des vertiges, de la névrite optique; des troubles mentaux, des troubles vésicaux, une contracture des membres supérieurs prédominant à droite avec flexion forcée des doigts de la main droite, et cette forme de paraplégie dont je viens d'indiquer les caractères poussés dans ce cas à leur maximum d'intensité; de plus, et c'est là un point remarquable, les réflexes tendineux, recherchés aux diverses phases de la maladie, n'ont jamais paru sensiblement exagérés et la trépidation épileptoïde des pieds a toujours fait défaut.

Une autre de ces trois malades était atteinte de sarcome fasciculé à cellules fusiformes, intra-rachidien, gros comme un œuf de moineau, occupant la région dorsale supérieure, développé dans l'intérieur du sac de la dure-mère et comprimant la moelle, qui a pris à ce niveau la forme d'un croissant; en ce point, il existe une sclérose très marquée et la myéline de la plupart des tubes nerveux a disparu, mais on voit une grande quantité de cylindres-axes conservés, et, au-dessus ainsi qu'au-dessous du point comprimé, on ne constate pas de dégénérescence secondaire appréciable des faisceaux à long trajet. Pendant la vie, outre la paraplégie déjà décrite, il y avait de l'incontinence d'urine et des matières fécales, des escarres, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde et cette perturbation du réflexe cutané plantaire que j'ai décrite sous la dénomination de phénomène des orteillets.

Il s'agissait, chez le troisième malade, de sclérose multiloculaire, à plaques peu nombreuses, sans destruction des cylindres-axes, sans dégénérescences secondaires. La paraplégie spasmodique était accompagnée, comme dans le cas précédent, d'exagération des réflexes tendineux, d'épilepsie spinale et du phénomène des orteillets.

L'observation de la première malade montra qu'une contracture très intense, d'origine organique, n'est pas nécessairement accompagnée d'une exagération manifeste des réflexes tendineux. Elle confirme cette notion, déjà établie par quelques rares faits publiés, qu'une lésion intra-cranienne peut provoquer, non seulement chez l'enfant, mais même chez l'adulte, une paraplégie spasmodique permanente, sans que les faisceaux pyramidaux aient subi de dégénérescence secondaire; elle prouve, de plus, qu'en pareil cas, la contracture peut même atteindre un degré exceptionnel d'intensité. Enfin, si je considère que, dans ces trois observations, la paraplégie est très intense et que la dégénérescence des faisceaux pyramidaux, fait défaut, que les caractères de cette forme de paraplégie acquièrent leur maximum d'intensité dans le cas où, au niveau même de la lésion il n'existe aucune altération histologique des éléments nerveux, si je rapproche ces faits de quelques autres faits analogues antérieurement observés et si je les compare aux cas ordinaires de paraplégie spasmodique avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux, je suis porté à émettre l'hypothèse que cette forme de paraplégie spasmodique dont j'ai donné la description non seulement peut être indépendante de toute dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux, mais même dénote que ces faisceaux sont normaux, ou ne sont tout au plus que partiellement altérés.

M. Raymond. — Je pourrais apporter une observation confirmative de celles communiquées par M. Babinski: malade atteint d'un ostéo-sarcome primitif de l'os iliaque droit; puis, secondairement, appaurent des symptômes qui permirent de soupçonner une propa-

gation de l'ostéo-sarcome à l'os occipital: raideur douloureuse de la nuque, quadriplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens, trépidation spinale, signe d'extension des gros orteillets.

A l'autopsie, on trouva que l'ostéo-sarcome de l'occipital comprimait les pyramides bulbaires; il s'agissait donc d'une paralysie avec trépidation spinale, par simple compression du bulbe.

J'ajouterai que la question des contractures est actuellement trop discutée, pour que l'on puisse admettre une théorie à l'exclusion des autres.

Dans mes travaux antérieurs, j'ai voulu surtout démontrer que la sclérose dense du faisceau pyramidal n'était pas capable d'expliquer tous les cas de contracture spasmodique vraie. Cette question des contractures est donc à étudier, et pour cela il faut, comme l'a fait M. Babinski, accumuler les faits cliniques avant d'édifier une théorie pathogénique.

Sur les altérations des grandes cellules pyramidales consécutives aux lésions de la capsule interne. — M. G. Marinesco. En tenant compte de nos connaissances actuelles sur la réaction des différents neurones après la section de leur prolongement axillaire, je me suis demandé quel pouvait être le sort de grandes cellules pyramidales après les lésions de la capsule interne. C'est dans ce but que j'ai examiné le lobule paracentral, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans six cas d'hémiplégie due à des lésions plus ou moins anciennes de la capsule interne.

Dans tous ces cas, il existe des altérations constantes, mais variables comme degré et étendue, des grandes cellules pyramidales, qui siègent dans le lobule paracentral et les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du même côté que la lésion. Quand on examine ces régions à un faible grossissement, on s'aperçoit, dans la plupart des cas, que ces cellules ont disparu, ou bien qu'il n'en reste que des vestiges qu'il s'agit d'étudier à de plus forts grossissements. C'est alors qu'on se rend compte que ces cellules, très atrophiées, ne présentent pas la moindre trace d'éléments chromatophiles. A l'intérieur du cytoplasma, on voit une masse variable comme étendue de soi-disant pigment qui transforme la cellule nerveuse en une espèce de bloc jaunâtre, dépourvu plus ou moins complètement de prolongements, ou bien n'en possédant que très peu, sous forme d'expansions effilées et très courtes. Le noyau et le nucléole sont très atrophiés et occupent tantôt l'extrémité supérieure de la cellule, tantôt sa base, ou même encore l'un des prolongements. Le pigment provient, ainsi que je l'ai soutenu autrefois, de la transformation des éléments chromatophiles, et, suivant son âge, on peut le distinguer en pigment brunâtre ou jaunâtre, celui-ci représentant la dernière phase d'évolution. Quelle que soit la nature de ce soi-disant pigment, on peut affirmer qu'il contient de la lécitine.

Les lésions des grosses cellules pyramidales allant jusqu'à leur atrophie, à la suite des lésions du faisceau pyramidal dans la capsule interne, ne sont qu'un cas particulier de la réaction que présente tout neurone moteur ou sensitif à la suite de la destruction de son prolongement axillaire.

Elles nous montrent ensuite que les neurones pyramidaux se comportent, après la section de leur cylindre-axe, de la même manière que les neurones moteurs crâniens et spinaux, avec lesquels ils présentent, du reste, des affinités morphologiques.

Atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, après la section expérimentale des fibres de projection chez le chien. — MM. Gilbert Ballet et Maurice Fauré. Dans le but de vérifier si les cellules pyramidales de l'écorce réagissent à distance comme les cellules des cornes antérieures de la moelle, à la suite de la section de leur prolongement cylindraxile, nous avons expérimenté sur sept chiens chez lesquels nous avons sectionné, après trépanation, les fibres de projection originaires de la zone motrice. Nous nous proposons, en même temps, par ces expériences, de rechercher si les altérations des cellules corticales, que nous avons décrites dans la psychose polynévritique, doivent être tenues pour primitives ou secondaires.

Il résulte de nos recherches que, chez le chien, la section expérimentale des fibres blanches sous-corticales est suivie assez rapidement (dès le onzième jour et probablement plus tôt) de l'atrophie des grandes cellules pyramidales de la zone motrice.

Ces cellules s'altèrent donc et tendent à disparaître quand leur prolongement cylindraxile (fibre de projection) est lésé. Ces faits confirment ceux déjà signalés par MM. von Manakow, Cenni, Dotto et Pissatori, et aujourd'hui même chez l'homme, par M. Marinesco.

Il ne nous a pas été possible de suivre dans tous les cas le processus qui aboutit à l'atrophie cellulaire. De l'un de nos faits, tout au moins, il semble résulter que ce processus présente des analogies avec celui qui intervient dans la moelle à la suite de la rupture spontanée ou provoquée des prolongements cylindraxiles des cellules (tuméfaction de la cellule, chromatolyse centrale, projection périphérique du noyau).

L'impossibilité où nous nous trouvons d'indiquer avec certitude quelles sont les phases de processus, ne nous autorise pas à trancher encore la question de la nature des lésions des cellules cérébrales que nous avons dé-

crites dans la psychose polynévritique, et à dire si ces lésions résultent d'une injure directe faite à la cellule par l'agent toxico-fonctionnel ou si elles sont secondaires à l'altération du cylindraxile par cet agent.

Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique; guérison rapide par l'isolement.

— M. G. Marinesco. J'ai eu l'occasion de voir, au commencement du mois de Janvier de cette année, une jeune fille âgée de quinze ans qui présentait certains phénomènes de pseudo-méningite, tels que: céphalalgie frontale violente, insomnie rebelle, inappétence avec des envies de rendre, constipation opiniâtre avec légère rétraction du ventre, respiration irrégulière, mais pas d'élévation thermique. De temps en temps, la malade présentait des crises de sommeil avec contracture de la mâchoire inférieure. Lorsqu'il lui arrivait de pouvoir dormir, elle avait des rêves terribles.

Le diagnostic d'hystérie, qui s'imposait, a été confirmé par la constatation d'une série de stigmates comme: le rétrécissement du champ visuel, des plaques d'anesthésie à la face et dans la région du sein gauche, l'anesthésie du pharynx, etc. Vers le 17 du mois de Janvier, la malade a tout à coup perdu l'ouïe et la vue. L'amaurose, comme la surdité, étaient complètes, absolues. Du côté des régions péri-orbitaires et des pavillons de l'oreille, il y avait de l'anesthésie. Les réflexes conjonctival et auriculaire considérablement diminués. Le premier jour où la surdité a fait son apparition, la malade a présenté certains troubles de langage consistant en un mutisme suivi rapidement d'une aphasie passagère. Plus tard, elle a repris possession de son langage. Ce qui est vraiment remarquable chez cette malade, c'est que les sensations kinesthésiques de la main lui ont permis de comprendre des phrases entières sans le concours de la vue et d'exécuter au piano des morceaux de musique très difficiles, sans le concours de l'oreille. Pour l'exécution de ces derniers, il suffisait de lui placer la main sur la note qu'elle demandait et qui toujours devait commencer le morceau, le reste était admirablement joué. Le sens musculaire, chez cette malade, s'est, en quelque sorte, perfectionné à la suite de la perte de la vision et de l'audition, ainsi que le prouvent les échantillons d'écriture spontanée irréprochables au point de vue des traits, de la ponctuation et des accents. A la fin du mois de Janvier, un nouveau symptôme, assez sérieux par ses conséquences, l'œsophagisme, s'est ajouté au tableau symptomatique déjà complexe de la maladie.

La malade rendait les aliments liquides ou solides, mais l'obstacle, chez elle, n'était pas seulement constitué par la contracture spasmodique de l'œsophage; à la contracture s'est probablement ajouté un élément mécanique, c'est-à-dire des amas de mucosités, ainsi que nous l'avons constaté lors du rejet des aliments et lorsque nous avons essayé d'introduire la sonde. Fait important, cet œsophagisme était accompagné d'une hyperesthésie très grande de l'épigastre. Au commencement, la famille n'a pas voulu se rendre à mon désir qui était de placer la malade dans mon service à l'hôpital, mais à la fin, voyant qu'elle déprimait à vue d'œil, et qu'elle était en danger, elle se rendit à mes raisons et me la confia pour l'isoler. Les effets de l'isolement ont été, pour ainsi dire, miraculeux, car un jour après, à la suite du cathétérisme œsophagien et de l'hydrothérapie, l'illusion de l'amaurose et de la surdité avait disparu, et la malade, guérie, a commencé à voir et à entendre.

Ictère chronique sans élimination de pigments par les urines. — M. Hayem. J'ai observé plusieurs cas nouveaux d'une forme particulière d'ictère. Il s'agit d'un ictère chronique, dont la durée reste pour le moment indéterminée. Sur cinq cas que j'ai suivis, le foie n'a été un peu gonflé, et cela d'une manière passagère, que chez deux malades; la rate n'a toujours paru avoir ses dimensions normales. Chez tous les malades, les matières conservaient leur coloration habituelle. Ce qui caractérise cette forme d'ictère, c'est une coloration spéciale des téguments rappelant celle qui a été attribuée à la xanthochromie, et, en second lieu, c'est l'absence d'élimination des pigments par les urines, malgré la présence dans le sang de pigments donnant la réaction de Gmelin.

Tous mes malades sont des dyspeptiques et présentent les signes caractéristiques de la gastrite parenchymateuse avec un type clinique se rapportant à l'une des formes de l'hyperpepsie; de plus, il existait toujours des symptômes nerveux, dits de neurasthénie symptomatique.

Il est probable que cette variété d'ictère est due à une légère infection secondaire des voies biliaires, en raison de la duodénite qui accompagne régulièrement la gastrite.

Constataion du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie fraîche par la culture directe du liquide sur le sang gélosé. — MM. F. Bezançon et V. Griffon (Voir même numéro, p. 116).

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Mars 1899.

Expulsion spontanée par l'anus d'un râtelier dégluti. — M. Morestin présente un râtelier avalé pendant son sommeil par un homme de trente-quatre ans. On se borna à l'expectation; la radiographie fut négative.

Le corps étranger fut expulsé au bout de quatre jours et demi; on nota des phénomènes douloureux lors de son passage au niveau du pylore et au niveau de l'orifice iléo-cæcal.

Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde; laparotomie. — M. Bacaloglu présente l'ileon d'un malade de vingt-huit ans, ayant été soigné dans le service de M. Fernet pour une fièvre typhoïde grave.

Le vingt-huitième jour de l'affection, la température étant toujours élevée (38°5), il s'est produit une perforation se traduisant par des symptômes douloureux du côté de l'abdomen. Vers le soir, survinrent des vomissements verdâtres. La laparotomie fut pratiquée le lendemain par M. Bazy qui sutura une petite perforation pontiforme siègeant à 50 centimètres du cæcum. Le péritoine contenait du pus en assez grande abondance. Malgré les injections massives de sérum, le malade succomba dans la soirée.

Sphygmographie comparée. — M. Paul Guéniot montre des tracés pris chez les mêmes sujets avec le sphygmographe de Dudgeon et celui de Marey. Leur étude comparée montre que, dans les tracés du Dudgeon, le sommet de la pulsation et les oscillations secondaires sont plus accusés, amplifiés et beaucoup plus aigus, ce qui est imputable à l'inertie mal combattue de l'appareil. Malgré sa commodité pratique, l'appareil de Dudgeon doit être rejeté comme inexact. Il peut cependant servir lorsqu'on veut mieux mettre en évidence l'existence d'oscillations qui seraient très peu marquées sur les tracés d'autres appareils.

Analyse bactériologique de deux cas de bronchite membranaceuse, l'un aigu, l'autre tendant à la chronicité. — M. Griffon présente les fausses membranes et les préparations microscopiques de deux cas de bronchite exsudative, dont il a pratiqué l'analyse bactériologique au laboratoire de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin.

Bien connue cliniquement, cette affection a été peu étudiée au point de vue bactériologique.

Les deux observations actuelles sont assez dissemblables par leur évolution, et l'analyse a décelé, pour chaque cas, une variété microbienne différente.

L'une, dont la marche fut aiguë, relevait du streptocoque, qu'on ne pouvait déceler même sur les coupes des petits moules bronchiques, mais que la culture a mis en évidence. Ce microbe existait seul dans l'exsudat membranaceux; il n'y avait pas, en particulier, de pneumocoques, et le sérum de la malade ne possédait pas la propriété agglutinante vis-à-vis du pneumocoque.

L'autre était un cas qui évoluait depuis des semaines et pouvait presque être considéré comme chronique. Les moules bronchiques étaient très élégants, branchés sur un tronc commun, et les frottis, les cultures et les coupes les montraient très riches en pneumocoques à l'état de pureté. L'inoculation à la souris a montré que le microbe était peu virulent.

Dans un cas analogue de longue durée, M. P. Claisse a isolé le streptocoque; ce dernier microbe n'a pas, on le voit, l'apanage des bronchites membranaceuses chroniques, et il est intéressant de constater que le pneumocoque, d'ordinaire si éphémère dans le poumon, peut végéter un temps relativement très long à la surface de la muqueuse bronchique.

Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin et rapport de ces fibres entre elles. — M. F. Terrien. La terminaison des fibres zonulaires sur le cristallin rappelle tout à fait leur origine et justifie l'hypothèse que nous avons formulée antérieurement sur la nature de ces fibrilles.

Leur insertion est différente suivant l'endroit considéré. Les fibres qui se rendent aux cristalloïdes antérieure et postérieure se terminent de la façon suivante: chaque fibre, formée d'un grand nombre de fibrilles primitives, s'incurve légèrement avant d'arriver au cristallin et aborde la cristalloïde plus ou moins tangentiellement. A ce niveau elle s'y accole et se dissocie: les fibrilles situées en arrière s'arrêtent les premières, tandis que les fibrilles antérieures continuent leur trajet et vont s'insérer plus bas. Leur insertion à la capsule se fait donc, non pas suivant un point, mais suivant une ligne; l'adhérence est ainsi rendue plus intime et partant l'insertion plus solide.

Les fibrilles intermédiaires se comportent différemment: plus lénues que les précédentes, elles présentent entre elles des anastomoses transversales et sont très inégalement réparties. Arrivées à quelque distance de l'équateur, elles se dissocient en forme de pinceau et chaque fibrille primitive vient se fixer isolément sur la cristalloïde par un point.

Si l'on veut bien se rappeler l'origine des fibres zonulaires, on verra que la terminaison est identique. Si celle-ci est un peu différente sur les cristalloïdes antérieure et postérieure et au niveau de l'équateur, cela

tient non pas à une différence de nature, mais bien à une différence de fonction; elle résulte d'un phénomène d'adaptation et est la conséquence de l'effort accompli par l'organe.

Étant donné cet aspect différent, on pourrait, semblait-il, appeler les fibres des plans antérieur et postérieur *fibres d'accommodation* et réserver aux fibrilles intermédiaires le nom de *fibres de suspension*.

Pleurésie hémorragique unilatérale de nature cancéreuse. — M. Fossard présente la plèvre d'un malade qui a succombé, dans le service de M. Troisième, à une pleurésie hémorragique, malgré des thoracentèses successives. Le feuillet pariétal de la séreuse est tapissé de bourgeons aplatis ou en chou-fleur, que l'examen microscopique montre constitués par un épithélioma à cellules cylindriques.

Malgré l'absence de noyau apparent en aucun autre point de l'organisme, on ne peut affirmer, puisqu'il s'agit d'épithélioma, que le cancer pleural est primitif.

M. Letulle fait remarquer que les préparations ayant été montées dans la paraffine, il est difficile de distinguer les contours exacts des cellules, de sorte qu'on pourrait être en présence d'un sarcome. Il faudra faire de nouvelles coupes.

M. Cornil n'a vu, en fait de cancer primitif de la plèvre, que des sarcomes se présentant sous la forme de grosses tubéro-ites saillantes et pédiculées.

Gros calcul biliaire extrait par cholécystotomie. — M. Fossard montre un calcul de 13 grammes, retiré d'une vésicule biliaire par laparotomie latérale. Il y avait de la cholécystite et des adhérences fibreuses dans toute la région.

(A suivre.)

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine berlinoise.

15 Mars 1899.

Hypertrophie du pylore. — M. Rosenheim a communiqué l'observation d'un garçon de sept ans qui, à la suite d'une rougeole particulièrement grave survenue deux ans auparavant, a présenté des vomissements qui survenaient surtout la nuit. Au bout de quelque temps, l'état général devint mauvais, et lorsque M. Rosenheim vit le malade, il trouva une dilatation considérable de l'estomac avec hyperchlorhydrie.

Le traitement médical n'ayant amené aucun résultat, on fit la laparotomie dans l'idée d'un rétrécissement du pylore. L'opération ayant montré, en effet, que le pylore était hypertrophié et sa lumière rétrécie, on pratiqua la pyloroplastie.

Après une amélioration passagère, les phénomènes de sténose pylorique revirent. Aussi s'est-on décidé d'intervenir une seconde fois, par la gastro-entérostomie. L'opération n'a présenté rien de particulier et a amené la guérison définitive du malade.

Tuberculose des vaisseaux. — M. Benda a montré une série de préparations destinées à élucider l'étiologie de la tuberculose miliaire aiguë. Il a notamment constaté que des bacilles isolés peuvent se fixer sur la tunique interne des vaisseaux ou sur l'endocarde et y former des foyers; lorsque ces foyers s'ulcèrent et s'ouvrent dans les vaisseaux, les bacilles pénètrent dans le torrent circulatoire qui les dépose dans les organes.

Sclérodémie. — M. Eloch a montré un garçon de six ans atteint de sclérodémie. L'affection a débuté par le membre inférieur dont la peau devint sèche, desquamée et finit par s'atrophier; aujourd'hui l'atrophie a envahi les muscles et les os. A noter que, peu de temps après la naissance de l'enfant, les parents avaient constaté chez lui l'existence d'une tache de vitiligo derrière une oreille. Une autre tache s'est formée dernièrement sur la nuque.

M. Adler a observé un garçon de quinze ans qui présentait, à l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute sur le genou, des taches bleuâtres sur tout le membre. Ces taches disparurent au bout de quelque temps pour faire place à un œdème de la jambe; après quoi la peau s'atrophia et l'atrophie frappa ensuite les muscles et les os. Actuellement, le membre du malade est atrophié et moins long que celui du côté sain.

ILES BRITANNIQUES

Société clinique de Londres.

10 Mars 1899.

Kyste du pancréas; incision; drainage; guérison. — M. Barker relate l'observation d'un garçon de quatorze ans, qui, quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, était tombé et s'était fortement contusionné le flanc gauche. Pendant quinze jours il avait eu du délire et il avait craché du sang à plusieurs reprises. A l'examen, on constata une volumineuse tuméfaction occupant l'hypochondre et la région lombaire gauche, ainsi

que la partie gauche des régions épigastrique et ombilicale. Il y avait, de plus, une saillie marquée des fausses côtes gauches. La tumeur suivait les mouvements respiratoires. Il semblait y avoir un léger degré d'ascite, on fit le diagnostic de kyste du pancréas. A l'ouverture du ventre, on vit que l'estomac couvrait la tumeur tandis que le colon transverse lui était sous-jacent; elle fut incisée, laissant écouler près de deux litres de liquides; on draina à la gaze iodoformée et la guérison se fit sans incident. Le liquide était jaunâtre, contenait une proportion notable d'albumine, et jouissait des propriétés amyloïdiques du suc pancréatique; il était sans action sur les graisses et les albuminoïdes. Pour l'auteur, le traitement de choix des kystes pancréatiques est, non l'extirpation, mais le drainage.

Tumeur maligne du frontal. — M. Battle a opéré une femme de trente-cinq ans, qui, depuis huit ans, présentait une tumeur de la région frontale donnant lieu à des hémorragies répétées, et déterminant ainsi un mauvais état général. La tumeur avait un diamètre de 7 centimètres et une hauteur de 5 centimètres; elle faisait corps avec l'os; pas de battements artériels. Les ganglions étaient normaux. On enleva la tumeur et la portion de l'os qui lui avait donné naissance; la dure-mère était intacte. Il s'agissait d'un carcinome.

RUSSIE

Société des médecins russes de Saint-Petersbourg.

15 Décembre 1898.

Forme rare d'anévrisme disséquant de l'aorte. — M. V. Dellev a trouvé, à l'autopsie d'une femme de quarante-neuf ans, entrée à l'hôpital avec des phénomènes d'asystolie et d'insuffisance aortique, une variété rare d'anévrisme disséquant qui occupait presque toute l'étendue de l'aorte.

A un travers de doigt au-dessus de l'orifice aortique, on voyait, sur la paroi postérieure du vaisseau, une rupture transversale de 15 millimètres de longueur, à bords arrondis et effacés. Cette rupture menait dans la poche anévrismale, située entre les tuniques de l'aorte, et qui en embrassait les trois quarts de la circonférence. Près de la partie horizontale de la crosse, la cavité se rétrécissait et n'embrassait que la partie antérieure de cette partie de la crosse; enfin, sur la partie descendante, elle embrassait les parties gauche et postérieure du tronc aortique en s'étendant à travers le diaphragme, jusqu'à l'origine des artères émulgantes. A ce dernier niveau la cavité du sac communiquait avec celle de l'aorte. L'artère diaphragmatique gauche, le intercostales gauches excepté la 3^e et la 4^e, qui partaient du tronc aortique, et la rénale gauche partaient de la cavité de l'anévrisme.

La surface interne du sac ne se distinguait en rien, macroscopiquement de l'endartère, et présentait les mêmes plaques calcaires.

La rupture de l'anévrisme, non pas au dehors, mais dans la cavité de l'aorte, semble avoir provoqué la guérison spontanée de l'anévrisme disséquant dans la surface interne. Il serait tapissé par la tunique interne de l'aorte. Le sang du cœur passait en partie dans l'aorte et en partie dans la poche; puis, grâce à la communication inférieure de celle-ci avec l'aorte abdominale, le sang qui y circulait passait dans le torrent sanguin général.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement médicamenteux de l'hypochlorhydrie.

Comme les symptômes de l'hypochlorhydrie sont causés par un défaut d'acide et de ferment dans le suc gastrique, le traitement doit, suivant M. le professeur Lemoine (de Lille), tendre, en premier lieu, à acidifier les sécrétions gastriques.

A cet effet, on fait prendre, au début du repas, une cuillerée à café de la solution suivante:

Acide chlorhydrique 1 à 2 grammes.
Eau distillée 100 —

Si l'on agit d'un enfant, on peut masquer le goût acide en formulant:

Acide chlorhydrique 1 gramme.
Sirop de limons 100 —
Eau distillée 200 —

Une cuillerée à soupe au début du repas.

Il faut généralement joindre à cette médication l'emploi de ferments digestifs, qui sont souvent utiles: on donne alors, à la fin du repas, un cachet contenant 15 à 25 centigrammes de pepsine.

Les résultats de ce traitement sont rapides et certains dans les cas simples. Mais, si l'hypochlorhydrie est très accentuée, s'il existe d'abondantes fermentations, cela ne suffit pas. Suivant l'exemple des Anglais, il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à admi-

nistrer, une heure après le repas, des acides forts, de l'acide nitrique. On donne un verre de limonade sulfurique ou une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide sulfurique. V gouttes.
Eau. 100 grammes.

Il y a d'autres produits qui sont mieux acceptés par les malades que les acides forts. Le menthol, par exemple, qui fait rapidement disparaître les fermentations, peut s'administrer comme suit :

Menthol. 1 gramme.
Julep gommeux. 100 —

Une ou deux cuillerées à soupe après la fin de chaque repas.

Pour combattre la paresse de l'estomac, il est souvent nécessaire d'avoir recours aux lavages de cet organe. Ces lavages sont faits tous les jours ou tous les deux jours avec de l'eau légèrement alcalinisée.

Enfin, les malades atteints d'hypochlorhydrie étant souvent des névropathes, il importe beaucoup de traiter leur état général. L'hydrothérapie chaude, en jets brisés, les douches tièdes à faible pression, le tub tiède, seront les procédés de choix.

LIVRES NOUVEAUX

J. Courmont et Doyon. — *Le tétanos*, 1 vol. de 95 pages (J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1899).

Il y a dix ans, disent les auteurs, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite. On peut ajouter que si l'étude du tétanos a été, en effet, renouvelée dans ces derniers temps, une partie importante des acquisitions modernes est due aux recherches de MM. Courmont et Doyon. Tout le monde se rappelle la retentissante communication de ces auteurs sur le mode d'action de la toxine tétanique; pour eux, le poison bacillaire n'agit pas directement sur le système nerveux; il provoque la formation dans l'organisme d'un poison tétanisant. Cette conception nouvelle a soulevé de vives polémiques; on la trouvera exposée avec détails dans ce petit volume. Ces auteurs essayent de montrer qu'elle s'appuie sur des faits précis et sont ainsi conduits à présenter une étude complète de la toxine tétanique et de son mode d'action. Nous signalerons spécialement une critique serrée des recherches et des théories de MM. Wassermann et Takaki, recherches dont on a peut-être exagéré la portée ou faussé la signification, mais qui ont en au moins l'avantage de susciter des travaux intéressants.

Une deuxième partie, consacrée à la physiologie pathologique de l'infection tétanique, met en évidence les modifications des différentes parties de l'organisme; les auteurs concluent de leurs recherches que le poison tétanique agit sur le système nerveux, ce qui est incontestable, et croient pouvoir ajouter qu'il porte ses effets sur le système sensitif: la contracture tétanique est un réflexe dû à l'hyperexcitabilité de tout l'arc nerveux, comme la contracture strychnique.

La troisième partie est l'application pratique des résultats expérimentaux. Après quelques considérations sur le diagnostic et le pronostic, les auteurs étudient longuement le traitement de la maladie, en insistant sur le traitement sérothérapique. On trouvera un exposé impartial de la méthode proposée par MM. Roux et Borrel et le résumé des principales observations dans lesquelles on a pratiqué l'injection intra-cérébrale du sérum antitétanique.

On voit, par la rapide analyse que nous venons de faire, combien d'idées nouvelles et de faits intéressants sont exposés dans le livre de MM. Courmont et Doyon. L'ouvrage est, d'ailleurs, écrit d'une façon claire et attachante. Aussi ne saurions-nous trop en recommander la lecture à ceux qui s'intéressent aux conquêtes de la science moderne.

H. ROGER.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Un nouveau concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 Avril 1899, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le concours des hôpitaux (chirurgie) s'est ouvert Jeudi 23 Mars, à l'Administration centrale de l'Assistance publique. Vingt et un candidats étaient inscrits. La question tirée au sort a été la suivante: *Grand sympathique cervical; mal vertébral sous-occipital. Restaient dans l'urne: Région mastoïdienne; abcès du cerveau. Région oblique; traitement des hernies gangréneuses.* Dix-huit copies ont été remises. La première séance de lecture aura lieu le 12 Avril, à la Charité.

Erratum. — Sur le tableau des services des hôpitaux pour 1899, publié par *La Presse Médicale*, lire, à la Clinique Baudeloque: *Rumpelmayer*, au lieu de: *Rumpel-Léry* (Georges).

NOUVELLES

Paris et Départements.

Exercices pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. TERRIER, professeur, et HARTMANN, agrégé. — *Premier cours* (M. Gosser, prosecteur). — Opérations sur l'appareil urinaire.

Deuxième cours (M. FREDER, prosecteur). — Opérations sur les os et les articulations.

Troisième cours (M. SAVARAU, prosecteur). — Opérations sur l'appareil digestif et ses annexes.

Quatrième cours (M. CUNEO, prosecteur). — Opérations gynécologiques.

Cinquième cours (M. RICHE, prosecteur). — Opérations de pratique courante.

Le premier et le deuxième cours auront lieu en Avril, le troisième en Mai, le quatrième et le cinquième en Juin 1899.

Une affiche spéciale indiquera la date exacte de l'ouverture de chacun de ces cours.

Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours. S'inscrire au secrétariat (n. 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Cours et exercices pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. CASTEX, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 18 Avril 1899, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Exercices pratiques, sous la direction de M. CASTEX, assisté de MM. COLLINET, CHAILLOUS et RABÉ. — Examen et traitement des malades, tous les jours, de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Cours libres. — MM. BÉLILLON: Psychologie physiologique et pathologique. Applications de l'hypnotisme. Mardis et samedis, à 5 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mardi 18 Avril 1899;

DEMOUIN: Pathologie et thérapeutique dentaires. Mercredis et vendredis, à 6 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mercredi 19 Avril 1899;

GAUX: Cours de minéralogie biologique. Minéralisation comparée du tissu musculaire dans la série animale. Mardis et samedis, à 4 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du mercredi 19 Avril 1899;

PETIT (GEORGES): Stomatologie clinique et thérapeutique. Jeudi, à 5 heures, amphithéâtre Cruveilhier, à partir du jeudi 20 Avril 1899.

Vacances. — Les vacances de la Faculté de Médecine commenceront le 27 Mars et se termineront le 10 Avril.

Les thèses déposées les 13 et 14 Mars seront soutenues du 10 au 16 Avril; celles déposées les 20 et 21 Mars passeront du 17 au 23 Avril.

Conseil de l'Université. — Dans sa séance de lundi, le Conseil de l'Université de Paris a décidé que la Faculté de médecine et l'Ecole supérieure de pharmacie enverraient des délégués au Congrès qui se tiendra à Berlin du 24 au 27 Mai, en vue de l'étude des moyens de combattre les affections tuberculeuses, particulièrement dans les classes populaires.

Académie de médecine. Commissions de prix pour 1899. — *Prix de l'Académie*: MM. Sée, Malassez, François-Franck; *prix Alvarenza*: MM. Dieulafoy, Peyrot, Regnard; *prix Amussat*: MM. Tillaux, Richelot, Delorme; *prix Argenteuil*: MM. Guyon, Monod (Charles); *Le Deutz*: *prix Barbier*: MM. Railliet, Roux, Ferrand; *prix Bourcart*: MM. Chauveau, Cornil, Malassé; *prix Baignat*: MM. Gautier, G-riol, Marty, Bourquelot, Duguet, Lucas-Champagnière; *prix Capuron*: MM. P-riard, Ribemont-Dessaignes, Pozzi; *prix Chevillon*: MM. Besnier, Berger, Richet; *prix Cuvier*: MM. Magnan, Richer, Motet; *prix Claron*: MM. Proust, Colin, Vallin; *prix Daudet*: MM. Chauvel, Terrier, Lancelle; *prix Desportes*: Section de thérapeutique; *prix Godard*: MM. Labbé, Terrier, Reclus; *prix Heppin* (de Genève): MM. Magnan, Motet, Richer; *prix Laboris*: Les membres de la section de chirurgie; *prix Baron Larrey*: MM. Huchard, Le Roy de Méricourt, Laveran; *prix Laval*: MM. Jaccoud, Debove, Brouardel; *prix Léveillé*: MM. Laborde, Richer, Motet; *prix Lortet*: MM. Motet, Fernel, Magnan; *prix Moynot*: MM. Chauvel, Javal, Panas; *prix Monbinné*: MM. Lucas-Champagnière, Nocard, Landouzy; *prix Nativelle*: MM. Hanriot, Jungfleisch, Bourquelot; *prix Poirat*: MM. Pouchet, Marey; *prix Ricord*: MM. Lancelle, Hallopeau, Fournier; *prix Vernois*: MM. Nocard, Vallin, Brouardel.

Le legs Jacquemier. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme de 50.000 fr. fait au profit de la Compagnie par M^{me} E. Jacquemier.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du 27 Mars 1899.* — Rapport de MM. Monnier et Boursier sur la candidature de M. Jacomet au titre de membre associé; M. de Molènes: Hérité syphilitique à très long terme. Sept enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux, mortelle, dont le dernier, quoique d'un autre père non syphilitique, vingt et un ans après l'apparition de la syphilis; M. Moutier: Courants de haute fréquence et récents progrès de l'électrothérapie, avec appareils et démonstrations pratiques. — M. Longbois: L'hygiène hospitalière et l'Assistance publique à Joigny, du XIX^e siècle à nos jours; M. M. Bloch: Antiseptisme des injections mercurielles; M. Berthod: Pathogénie et traitement de l'ectoplasme; M. Gautrel: Les égols (nouveaux antiseptiques).

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 Avril 1899, à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur Dieulafoy.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et histologiques s'ouvrira devant l'Ecole de médecine de Tours, le 1^{er} Mai; le délai accordé aux candidats pour se faire inscrire expire le 31 Mars.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dixième semaine, 1.195 décès, chiffre qui dépasse celui de la semaine précédente (1051) et la moyenne ordinaire des semaines de Mars (1.057). Cette augmentation est due principalement aux maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, la rougeole, 19; la scarlatine, 4; la diphtérie, 13; tous ces chiffres sont voisins de la moyenne. La coqueluche continue à la dépasser très sensiblement (20 décès au lieu de la moyenne 6).

La diarrhée infantile, toujours modérée en cette saison, n'a causé que 26 décès de 0 à 1 an, chiffre un peu inférieur à la moyenne 31, malgré l'exceptionnelle douceur de la température.

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 195 décès au lieu de 157 pendant la semaine précédente, et au lieu de 167, moyenne ordinaire de la saison; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 21 décès (égal à la moyenne 21); bronchite chronique, 38 décès (égal à la moyenne 38); broncho-pneumonie, 59 décès (au lieu de la moyenne 51); pneumonie, 77 décès (au lieu de la moyenne 57).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 98 décès (au lieu de la moyenne 50), dont 75 sont dus à la congestion pulmonaire. C'est donc surtout la pneumonie et la congestion pulmonaire qui présentent un excès sur la moyenne ordinaire de la saison. Cet excès doit être vraisemblablement attribué à la grippe; 13 décès (au lieu de 4 pendant la semaine précédente) ont été, en outre, attribués à cette cause.

La phthisie a causé 216 décès (au lieu de la moyenne 212); la méningite tuberculeuse, 28 décès; la méningite simple, 25. Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 25 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 82 décès (au lieu de la moyenne 59); les maladies organiques du cœur, 69 (chiffre identique à la moyenne); le cancer a fait périr 51 personnes. Enfin, 47 vieillards sont morts de débilité sénile.

Pendant la 11^e semaine, on a enregistré 1.295 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (1.195), et à la moyenne ordinaire des semaines de Mars (1.057). Ainsi l'excès des décès actuels sur la moyenne est de 238.

La grippe, sous toutes ses formes, est la cause de cette augmentation. Déjà depuis plusieurs semaines elle était très répandue à Paris, mais elle était bénigne; depuis deux semaines elle se traduit par des décès.

De même que lors des précédentes épidémies de grippe, les décès par phthisie (188 décès au lieu de la moyenne 212), par méningite tuberculeuse et autres tuberculoses, ne paraissent pas avoir été influencés par la maladie régnante. Il n'en est pas de même de celles qui suivent :

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 271 décès, au lieu de 195 pendant la semaine précédente, et au lieu de 167, moyenne ordinaire de la saison; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë, 23 décès (moyenne 21); bronchite chronique, 47 décès (moyenne 38); broncho-pneumonie, 107 décès (moyenne 51); pneumonie, 94 décès (moyenne 57).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 87 décès (au lieu de la moyenne 50), dont 71 sont dus à la congestion pulmonaire. Il n'est pas douteux que l'excès des chiffres actuels sur les chiffres moyens (au total 141) ne représente des décès dus à la grippe; on voit que le plus souvent cette maladie ne se distingue pas nettement de la broncho-pneumonie, de la pneumonie ou de la congestion pulmonaire.

En outre, 43 décès ont été attribués spécialement à la grippe ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippale, bronchite grippale, etc.).

Les maladies épidémiques s'éloignent peu de la moyenne; fièvre typhoïde, 17 décès; rougeole, 20; scarlatine, 4; diphtérie, 14; coqueluche, 17; variole, 1.

Il y a eu 14 suicides (la moyenne est 19), et 19 autres morts violentes, (la moyenne est 13).

Les autres causes de mort ont causé 153 décès (chiffre voisin de la moyenne 151); 8 causes de mort sont restées inconnues.

Etranger.

— M. Castellino, professeur extraordinaire à l'Université de Padoue, est nommé professeur extraordinaire de pathologie à l'Université de Naples.

— Le professeur Julius Geppert, de Berne, est nommé professeur ordinaire de matière médicale à l'Université de Gießen.

— M. Karl Schletter, privat-docent de chirurgie à l'Université de Zurich, vient d'être promu au rang de professeur extraordinaire.

— On annonce de Bruxelles la mort, à l'âge de trente-quatre ans, de M. Cricks, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Jean. M. Cricks s'était fait, il y a trois mois, une piqûre anatomique qui avait eu des conséquences graves. Mal remis de cette crise et affaibli par une atteinte d'influenza, il contracta, il y a quelques jours, une pneumonie.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRE.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur 1, rue Cassette

Prix du Flacon :

4 fr. 50

ENVOI
d'Échantillons et Notices
sur demande

LE SIROP ROCHE

permet le Traitement intensif
par le **Gaiacol Soluble** à haute dose
sans aucun inconvénient pour les Voies digestives

Une cuillerée à café représente
exactement 0 gr. 20 de Gaiacol
cristallisé en dissolution dans
du Sirop d'écorces d'orange.

LE SIROP ROCHE

est Préparé par

Ch. WEISS, Pharmacien de 1^{re} Classe
30, Boul^d Magenta, PARIS

VENTE EN GROS :

HERRMANN & BARRIÈRE
152, Rue Saint-Antoine, PARIS

PHTISIE PULMONAIRE

Bronchites Chroniques catarrhales

ENVOI

d'Échantillons et Notices
sur demande

Prix du Flacon :

4 fr. 50

Officiellement adopté dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère.
Régénère les forces, l'appétit, les digestions.

Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consommations,
Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif, 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. laudanum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En POUDRE, produit supérieur, pur,
inaltérable, Agréable au goût,
on ne peut plus nutritif et assimilable.
Représente 10 fois son poids de viande de bœuf.

TUBERCULOSES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTEES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit
rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise
les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève
promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

Huile de foie de morue synthétique MORUINE SOUQUE

Préparée par E. FALIÈRES
Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée
et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GENERAL. Tonique des plus actifs n'ayant
pas les inconvénients des vins, élixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIÈRES

VÉRITABLE SEL
PHYSIOLOGIQUE
DE QUININE
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme
reconstituant de la cellule nerveuse.
Sous trois formes : CACHETS..... FALIÈRES, à 0gr. 25 / De Glyséro-phosphate
PILULES..... FALIÈRES, à 0gr. 10 / de Quinine pur
SUPPOSITOIRES FALIÈRES à 0gr. 25 /

E. FALIÈRES, à Cie, à Laboune et pharmacien

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN

SOURCE BADOIT Déclarée d'Intérêt Public
L'EAU DE TABLE SANS RIVAL. — La plus Légère à l'Estomac. Décret du 12 Août 1897.

PRÉPARATIONS DE MALT DU D^r G. WANDER

EXTRAIT DE MALT AU BROMURE D'AMMONIUM

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Vente en Gros : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, Paris.

FIÈVRES * NÉURALGIES Remplacer les Sels de Quinine

KINEURINE MONCOUR

OU GLYCÉRO-PHOSPHATE de QUININE CRISTALLISÉ

Plus assimilable que les autres Sels de Quinine : Son action
fébrifuge est supérieure à celle du Sulfate de Quinine ; son apport
de phosphore en combinaison naturelle est très apte à combattre
la dépression nerveuse.

La KINEURINE est délivrée en SPHÉRULINES contenant chacune 0gr. 40 centigr.
de Glyséro-phosphate de Quinine basique, dans une enveloppe gélatineuse,
très soluble, inaltérable, ne durcissant pas.

Mêmes indications et mêmes prix que le Sulfate de Quinine
Doses : de 6 à 12 Sphérolines par jour.

Ph^{ie} MONCOUR, 49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS et toutes Ph^{ies}.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de
morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rare-
ment assimilée, se manifeste rapidement : excitation
vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni
diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants
prennent avec plaisir le Vin de Vivien

Une cuillerée du VIN équivaut à 2 cuil-
lerées de la meilleure huile de foie de
morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuil-
lerée de la meilleure huile de foie de
morue.

Notice et échantillons franco.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. *

SOMMAIRE

BACILLE PSEUDO-DIPHTÉRIQUE ET BACILLE DIPHTÉRIQUE, par MM. H. RICHARDIÈRE et L. TOLLEMER 145

INTERVENTION POUR PLAIE DU CŒUR, par M. G. MARION (avec 2 figures en noir) 148

MÉDECINE PRATIQUE

La prophylaxie du cancer utérin et le traitement des métrites par le chlorure de zinc, par M. R. HOMME 150

ANALYSES

Médecine expérimentale : Recherches expérimentales sur la virulence du bacterium coli commune, par M. FÉ. VALAÛSSA 151

Médecine : Diagnostic clinique de la forme, de la situation et du volume de l'estomac, par M. G. ROSENFELD 151

Chirurgie : Un cas de maladie traumatique de l'os iliaque, par M. O. VON LRY 151

Maladies des enfants : La dyspepsie des enfants du premier âge, et, en particulier, des rachitiques, par M. RAULIN 151

Neurologie et psychiatrie : Contribution à l'étude clinique de l'œdème bleu hystérique, par M. DAVID C. LÉON. — Paralyse du nerf radial liée aux fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus; leur mécanisme, par M. PAUL CHAIX 152

Dermatologie et syphiligraphie : Un cas de tumeurs leucémiques de la peau, par M. KRIBICK 152

Rhinologie, otologie, laryngologie : Sur les tumeurs thyroïdiennes développées à l'intérieur du larynx et de la trachée, par M. ALEXANDRE BARNOWICZ. — Remarques sur le traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée, par M. LARSEN 152

Sérothérapie, opothérapie : Contribution au traitement du cancer par les injections de cancrène, par M. ADAMKIEWICZ 152

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : L'iode existe-t-il dans l'air? M. ARMAND GAUTIER. — La mort par les courants électriques (courant alternatif), MM. J.-L. PRÉVOST et F. BATELLI. — Sur l'hématine du sang et ses variétés suivant les espèces animales, MM. GAZENBUEVE et P. BRÉTEAU. — Sur le pouvoir réducteur des tissus; le muscle, M. HENRI HELLER. — Sur l'agent pathogène de la rage, M. E. PUSCARIS. — Sur une oxydase productrice de pigment sécrétée par le coli-bacille, M. GABRIEL ROUX 151

Académie de médecine : Cachexie néphrotique et son traitement par la néphropexie, M. BAZY. — Sur le traitement de l'appendicite, M. DELORME. — De la percussion méthodique du crâne, MM. GILLES DE LA TOURRETTE et CHIPAULT 152

Société de biologie : Puerpéralité et prédisposition du terrain, MM. GABRIEL et GUILLEMONAT. — Action du panacéas sur les toxines, MM. CHARRIN et LEVADITI. — Un cas de malaria des centres nerveux, M. G. MARINESCO. — Des modifications histologiques et chimiques de la moelle osseuse aux différents âges et dans l'infection staphylococcique, MM. ROGER et JOSUE. — Essais

d'acoutumance de l'organisme aux poisons urinaires, M. GOUGET. — Médication parathyroïdienne, M. MOUSSU. — Médication thyroïdienne intensive, M. MOUSSU. — Hypertrophie de la rate au cours de la gestation, MM. CHARBIN et GUILLEMONAT. — Parasites du cancer, M. GALIPE. 122

PRATIQUE MÉDICALE

Nouveau signe pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — De l'administration du bromotormo dans la coqueluche 123

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 11 Avril 1899, à 1 heure. — M. DAUSSET : Des éléments de pronostic au cours des icères infectieux et en particulier de la glycosurie alimentaire; MM. Potain, Pinard, Teissier, Faure. — M. WEILL : De l'ascite aiguë au cours des cirrhoses du foie; MM. Potain, Pinard, Teissier, Faure. — M. BIGRAND : Hystérectomies vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus; MM. Pinard, Potain, Teissier, Faure. — M. STOJANOVITCH : Traitement de la pelade par l'acide lactique; MM. Joffroy, Blanchard, Wurtz, Dupré. — M. DELALANNE : Contribution à l'étude du micrococque tétragène; MM. Blanchard, Joffroy, Wurtz, Dupré.

Judi 13 Avril 1899, à 1 heure. — M. LAMARD : De l'aspiration des corps mous de la vessie; MM. Guyon, Hutinel, Thiroloix, Albarran. — M. FLOUQUET : Sur un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme; MM. Guyon, Hutinel, Thiroloix, Albarran. — M. STAMAT : De la pathogénie des gangrènes typiques; MM. Hutinel, Guyon, Thiroloix, Albarran. — M^{lle} AMISOZZY : Les paralysies radiales provoquées par les fractures de l'humérus; MM. Le Dentu, Berger, Troisier, Faure. — M. COCARO : Contribution à l'étude du phlegmon infectieux du plancher de la bouche (angine de Ludwig); MM. Le Dentu, Berger, Troisier, Faure. — M. BION : Étude sur les hernies musculaires vraies du jambier antérieur; MM. Berger, Le Dentu, Troisier, Faure. — M. GESSA : Traitement des métrites par les lavages intra-utérins; MM. Berger, Le Dentu, Troisier, Faure.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 11 Avril 1899. — (Nouveau régime) MM. Cornil, Poirier, Retterer. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série); MM. Guyon, Rémy, Wallich. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série); MM. Richelot, Bonnaire, Thiéry. — 3^e Oral (Première partie) (3^e série); MM. Quénu, Bar, Faure. — 3^e Oral (Deuxième partie); MM. Hallopeau, Charrin, Achard. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière mé-

dicale; MM. Proust, Debove, Desgrez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité; MM. Le Dentu, Berger, Albarran. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité; MM. Jaccoud, Ménétrier, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité; MM. Dieulafoy, Troisier, Thiroloix. **Mercredi 12 Avril 1899.** — (Nouveau régime) MM. Rémy, Sebileau, Retterer. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série); MM. Lannelongue, Poirier, Varnier. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série); MM. Blum, Maclaure, Lepage. — 3^e Oral (Première partie) (3^e série); MM. Delens, Broca (Aug.), Wallich. — 3^e (Deuxième partie); MM. Fournier, Vidal, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu; MM. Tillaux, Humbert, Walther. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu; MM. Terrier, Lejars, Leguen. — 5^e (2^e série) Hôtel-Dieu; MM. Hayem, Lancereux, Gaucher.

Judi 13 Avril 1899. — Dissection, Ecole pratique MM. Rémy, Retterer, Thiéry. — 2^e Oral (Première partie); MM. Gley, Charrin, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série); MM. Cornil, Richelot, Bonnaire. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série); MM. Quénu, Poirier, Bar. — 3^e (Deuxième partie); MM. Debove, Achard, Roger. — 4^e (1^{re} série); MM. Proust, Thoinot, Vaquez. — 4^e (2^e série) Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale; MM. Pouchet, Vidal, Wurtz.

Vendredi 14 Avril 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque, à 9 heures du matin; MM. Pinard, Varnier, Lepage. — Dissection, Ecole pratique; MM. Lannelongue, Poirier, Walther. — 1^{re} (Nouveau régime) (1^{re} série); MM. Ch. Richet, Blum, Retterer. — 1^{re} (Nouveau régime), 2^e série; MM. Rémy, Lejars, Launois. — 3^e Oral (Première partie); MM. Terrier, Leguen, Wallich. — 3^e (Deuxième partie); MM. Lancereux, Gilles de la Tourette, Vidal. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale; MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, (1^{re} série); Necker; MM. Tillaux, Delens, Maclaure. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série); Necker; MM. Humbert, Faure, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Necker; MM. Potain, Landouzy, Teissier.

Samedi 15 Avril 1899. — Dissection, Ecole pratique; MM. Quénu, Retterer, Albarran. — 1^{re} (Nouveau régime); MM. Rémy, Poirier, Gley. — 3^e (Deuxième partie); MM. Cornil, Vaquez, Thiroloix. — 3^e Oral (Première partie); MM. Panas, Le Dentu, Wallich. — 4^e; MM. Pouchet, Roger, Langlois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié; MM. Berger, Richelot, Faure. — 5^e (Deuxième partie) Pitié; MM. Chantemesse, Hallopeau, Ménétrier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier; MM. Bar, Troisier, Bonnaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

13 Mars 1899.

L'iode existe-t-il dans l'air? — M. Armand Gautier. La découverte de la thyroïdine de Baumann donne un nouvel intérêt à la question de l'origine de l'iode qu'on trouve chez les animaux. La glande thyroïde, pesant chez l'homme 30 grammes environ, contient à elle

CARABANA PURGE GUÉRIT
VIN OXYGÉNÉ PANCHEVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHEVRE et C^o, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

GUILLIERMOND SIROP IODO-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Etudiants, GRATIS.
 Ecrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINTE-GALMIER BADOIT
CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

Remplacer les Seis de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

seule 0 gr. 63 d'iode. Ce principe indispensable provient-il de l'air, de l'eau ou des aliments?

La question de l'existence de l'iode dans l'air et les eaux de pluie ou de fleuve a déjà donné lieu à de nombreux travaux. M. A. Chatin aurait trouvé dans l'air de Paris 1/80 à 1/300 de milligramme d'iode par 10.000 litres, volume que respire l'adulte en vingt-quatre heures, c'est-à-dire 0 mgr. 00075 d'iode par litre d'air moyen. Dix litres d'eau de pluie lui fourniraient 1/5 à 1/2 milligramme d'iode. Ces résultats furent confirmés, puis infirmés par d'autres expérimentateurs.

Ces divergences tiennent à la faible quantité d'iode qu'il s'agit de doser. Des recherches de M. Gautier, il résulte que :

1° L'air de Paris contient moins de 1/500 de milligramme d'iode libre ou à l'état de gaz iodés dans 4.000 litres d'air environ. Sous cette forme, l'iode n'existe pas ou n'existe pas en quantité sensible dans l'air de Paris, ni dans celui des bois, de la montagne ou de la mer;

2° Il en est de même de l'iode qui pourrait, à la rigueur, se trouver dans l'air à l'état de sels solubles (iodures ou autres), en poussières extrêmement ténues;

3° Au contraire, pourvu qu'on agisse sur 2.000 à 3.000 litres à Paris, sur 200 à 300 litres à la mer, on trouve dans l'air une petite quantité d'iode sous une forme fixe et insoluble dans l'eau. Cet iode semble contenu dans l'air sous forme de principes iodés complexes, peut-être d'algues, lichens, mousses, schizophytes ou spores en suspension.

L'air de la mer contient trois fois plus d'iode dans ces corpuscules en suspension que l'air de la ville. Il semble qu'on puisse induire de cette constatation que la mer est l'origine principale de l'iode atmosphérique, et qu'étant donnée la forme insoluble de cet iode, la nécessité de faire agir d'abord la potasse sur les bourbes de coton qui le recueillent, l'absence complète de poussières minérales à la mer quand le vent vient du plein océan, ce métalloïde doit exister dans l'air à l'état organique, probablement même organisé. On sait que le *plankton* des eaux de la mer est formé d'un immense réseau d'infusoires diatomées, algues, etc., qui envoient dans l'air marin leurs spores et des débris de toute nature.

Si l'iode vient surtout de corps organisés, non seulement les particules en suspension dans l'air des villes (et surtout de celles qui ne sont pas très éloignées des mers, comme Paris) doivent contenir un peu d'iode, mais ce corps entrant dans la composition des parties en suspension les plus légères (levures, mousses, bactéries, etc.), l'iode doit être d'autant plus abondant dans les poussières qu'elles aurent été recueillies sur des points plus élevés.

Le dépôt poussiéreux prélevé sur la pierre de la lanterne du Panthéon, à 77 mètres au-dessus de la rue, contient en effet une quantité d'iode plus de huit fois supérieure à celle que l'on trouve dans les poussières plus lourdes déposées 37 mètres plus bas.

L'iode de l'air paraît surtout provenir d'algues microscopiques ou de spores iodées d'origine marine.

La mort par les courants électriques (courant alternatif). — MM. J.-L. Prévost et F. Battelli. Les courants de haute tension (4.800 ou 2.400 volts chez le chien; 1.200, 600 ou 240 chez le cobaye) appliqués pendant une fraction de seconde, une ou deux secondes, de la tête aux pieds produisent des crises de convulsions intenses ou de tétanos avec opisthotonos, perte de sensibilité, prostration, arrêt momentané ou définitif de la respiration, perte plus ou moins prolongée des réflexes cornéens et rotuliens.

La pression s'élève au début pendant que le cœur s'accélère, puis tombe modérément pendant qu'il se ralentit.

Les oreillettes sont arrêtées en diastole pendant que les contractions ventriculaires persistent.

L'animal peut revenir à lui, soit spontanément, soit par respiration artificielle.

Les courants à tension relativement basse (120 à 40 volts) provoquent des crises tétaniques, lorsque les électrodes sont placées de la tête aux pieds.

Des trémulations fibrillaires des ventricules du cœur surviennent si le contact a duré au moins une seconde. Les oreillettes continuent à battre comme lorsque l'on électrise directement le cœur mis à nu.

On peut voir ce cœur, trépidant par application de courants à faible tension, reprendre ses contractions si l'on soumet l'animal à un courant de haute tension avant que quinze secondes se soient écoulées. La respiration s'arrête; mais en pratiquant la respiration artificielle, on sauve l'animal qui eût été perdu.

Le lapin ne meurt pas lorsque apparaissent les contractions fibrillaires des ventricules; le cœur se rétablit spontanément.

Sur l'hématine du sang et ses variétés suivant les espèces animales. — MM. P. Cazeneuve et P. Breteau. L'analyse élémentaire opérée par les auteurs a porté sur les sangs de bœuf, de cheval et de mouton. Les hématines de sang de cheval et de mouton ont une teneur en azote et en fer qui les différencie nettement et permet de les différencier comme des espèces chimiques distinctes.

Sur le pouvoir réducteur des tissus: le muscle. M. Henri Hélier. Précédemment, l'auteur a démontré

que le pouvoir réducteur permet d'étudier le fonctionnement d'une glande. Pendant la période active, le pouvoir réducteur du foie et du pancréas tombe environ à la moitié de sa valeur primitive, et la glande ainsi déchargée se recharge ensuite lentement au fur et à mesure qu'elle assimile les produits de la digestion.

Le muscle qui travaille se comporte d'une façon analogue: plus le travail est grand, plus le pouvoir réducteur est élevé.

Sur l'agent pathogène de la rage. — M. E. Puscariu. L'auteur a toujours trouvé, dans le système nerveux d'animaux morts de la rage, des formations spéciales dont la nature parasitaire ne lui paraît pas douteuse. Il reste cependant à trouver le moyen de faire des cultures de ce parasite.

Sur une oxydase productrice de pigment sécrétée par le colibacille. — M. Gabriel Roux. M. Roger a signalé que quelques bactéries, dont le colibacille, possèdent la propriété, lorsqu'on les cultive sur des tranches d'artichaut cuit, de produire un pigment vert qui n'apparaît pas sur les autres milieux de culture.

L'auteur, étudiant la différenciation du colibacille et de l'Eberth, n'a jamais pu obtenir ce pigment vert avec l'Eberth, tandis qu'il est constant avec le colibacille.

La cause première de ce phénomène n'est vraisemblablement que la sécrétion par le colibacille d'une oxydase.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Mars 1899.

La cachexie néphrotique et son traitement par la néphropexie. — M. Bazy. Le rein ptosé et mobile peut, dans quelques cas, donner lieu à un ensemble symptomatique assez sérieux pour que les cas ainsi visés méritent d'être groupés sous l'appellation caractéristique de « forme grave du rein mobile ». Ces formes graves, dont les troubles digestifs et la douleur constituent les éléments les plus importants, ont pour aboutissant un état d'affaiblissement qu'on pourrait, sans exagération, désigner sous le nom de « cachexie néphrotique ».

Cette cachexie est intimement liée à la ptose et à la mobilité du rein et ne disparaît qu'avec elles. Tous les traitements faits pour relever l'état général et combattre les troubles digestifs restent impuissants tant que le rein n'a pas été fixé.

Cette impuissance de la thérapeutique médicale est la preuve de la relation directe qui existe entre l'état général et la mobilité rénale.

La fixation du rein ou néphropexie est le premier et souvent le seul traitement à opposer à ces cas.

L'amélioration ou la guérison ne sont pas toujours instantanées; elles peuvent se faire attendre un mois, deux mois, et même six mois après l'opération.

Le procédé opératoire destiné à fixer le rein, qui n'a permis d'obtenir ces résultats, consiste dans la fixation directe du rein aux muscles intercostaux et à la face antérieure de la dernière côte, et dans le tassement et la suspension de la capsule cellulo-adipeuse à la dernière côte, procédé opératoire qu'on pourrait désigner sous le nom de « néphropexie en hamac ».

Sur le traitement de l'appendicite. — M. Delorme. Il est très difficile, sinon impossible, de faire la statistique comparée des appendicites traitées médicalement et des appendicites traitées chirurgicalement. En effet, les appendicites ne sont pas désignées, dans les statistiques militaires, sous leur véritable nom, mais rangées dans une série de groupes pathologiques tels que: entérocolite, constipation persistante, péritonite, etc. Les appendicites traitées chirurgicalement peuvent seules être dénombrées exactement.

La formule opératoire que propose M. Delorme est la suivante: opérer toujours dans les cas graves, opérer souvent dans les autres cas. Dans les péritonites septiques généralisées, à moins de collapsus, la laparotomie semble préférable; elle représente la seule chance de salut offerte au malade. Dans ces cas, l'opération est forcément incomplète, la recherche de l'appendice doit être abandonnée; une opération faite plus tard, après la disparition des phénomènes aigus, permettra d'enlever l'appendice.

Lorsque, pour arriver sur un foyer purulent circonscrit, il faut d'abord traverser le péritoine sain, l'auteur préfère l'opération en deux temps, le premier ayant pour but de provoquer la formation d'adhérences, le second d'ouvrir le foyer purulent.

Dans les appendicites subaiguës, il faut opérer le plus vite possible.

Mais, quelles que soient l'habileté du chirurgien et les précautions prises, il y aura toujours des insuccès tenant à ce que l'infection générale peut exister avant l'opération; ce serait une injustice de rendre le chirurgien responsable de ces accidents.

L'opération de l'appendicite faite à froid donne des succès rapides, brillants et nombreux; cependant on ne peut, au point de vue de la bénignité, la comparer à l'opération de la hernie, car il y a toujours possibilité d'accidents.

De la percussion méthodique du crâne. — MM. Gilles de la Tourette et Chipault. En matière d'in-

tervention chirurgicale sur le crâne, il serait désirable de pouvoir préciser autant que possible, avant l'opération, l'épaisseur de la paroi sur laquelle celle-ci doit porter. Les recherches anatomiques, celles de Péan en particulier, ont fait connaître l'épaisseur normale de ces parois suivant les diverses régions. Mais elles ne s'appliquent qu'à des crânes normaux, et sont impuissantes à nous apprendre si, dans un cas donné, les parois sont plus minces ou plus épaisses qu'à l'état normal.

Nous croyons avoir trouvé le moyen de résoudre en partie ce problème par l'emploi de la percussion méthodique du crâne, soit à l'aide d'un petit marteau, soit, de préférence, directement avec le doigt. Celui-ci perçoit en effet des sensations d'élasticité et de résistance complémentaires et corrélatives du son produit. La percussion doit toujours être pratiquée, le sujet ayant la bouche fermée, l'occlusion ou l'ouverture de l'orifice buccal étant susceptibles, dans une large mesure, de faire varier les résultats obtenus. Les recherches de technique doivent être faites sur le vivant, le crâne du cadavre donnant un son tout à fait différent.

La percussion pratiquée ainsi que nous venons de l'exposer permet de reconnaître que la tonalité comparative du crâne est claire chez l'enfant, mate chez l'adulte, surtout chez l'homme, moins mate chez le vieillard. Elle est plus claire dans les régions frontale et pariétale que dans la région occipitale. De ces faits on peut déjà conclure qu'elle varie avec l'épaisseur des parois, l'enfant ayant le crâne plus mince que l'adulte, la région pariétale étant moins épaisse que la région occipitale.

Les opérations sur le crâne nous ont permis d'établir que la tonalité d'une région crânienne varie avec son épaisseur: elle est d'autant plus claire que la paroi est plus mince et inversement.

Nous avons pu également établir que la continuité ou la discontinuité de la paroi crânienne exercent une influence très nette sur le son rendu par cette paroi à la percussion. Chez les trépanés le son est plus clair du côté où a porté la trépanation. Dans deux cas de fracture ancienne du crâne avec perte de substance peu étendue, la percussion donnait un véritable bruit de pot fêlé.

M. LARUE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

18 Mars 1899 (fin).

Puerpéralité et prédisposition du terrain. — MM. Charrin et Guillemonat. On sait que la femme euccite présente un milieu favorable au développement d'infections diverses. Parmi les causes incriminées, le facteur glycosurie joue un rôle important. Au cours de la grossesse, la glycosurie alimentaire s'observe fréquemment, on l'obtient avec des doses de glycose pure variant entre 50 et 100 grammes. D'ailleurs, ce ralentissement de la nutrition porte également sur les graisses. Il résulte de cette torpidité, de ce manque de consommation que le sucre s'accumule. Dès lors, l'hyperglycémie se produit fatalement, condition considérée d'un accord unanime comme favorable aux infections.

D'autre part, M. Bunge, M. Lapique ont prouvé que le fœtus est riche en fer, tandis que le lait en contient peu.

Dans quinze expériences, nous avons dosé ce fer dans le foie et dans la rate de cobayes pleines et non pleines. Pour le foie, les différences sont minimes. Pour la rate, en revanche, on obtient une diminution notable des principes ferreux. Les écarts permettent d'affirmer que la mère se déminéralise.

Ajoutons que la rate augmente de poids dans les derniers mois de la grossesse; cette augmentation se poursuit quelque temps après la mise bas. Ces accroissements sont-ils la conséquence d'un travail ayant trait au fer, aux leucocytes, aux hématies? Nous l'ignorons.

Comme pour l'hyperglycémie, la déminéralisation constitue une condition indécise d'affaiblissement de la résistance organique. Si on supprime par la dialyse les sels d'un sérum bactéricide, on voit, avec M. Buchner, disparaître les qualités de défense. J'ai réussi, avec M. Levaditi, en administrant, durant des mois, de très minimes doses de solutions salines, à augmenter notablement la résistance à un virus, à rendre les humeurs relativement microbicides.

Action du pancréas sur les toxines. — MM. Charrin et Levaditi. Si on injecte comparativement une même quantité de toxine diphtérique, représentant environ cent doses mortelles, dans un même poids de pancréas et de muscle d'un même animal, on observe, après un séjour de vingt-deux heures à 39°, que les liquides obtenus après trituration, puis filtration à la bougie, agissent différemment; l'extrait musculaire tue l'animal (cobaye) en provoquant les hémorragies caractéristiques des capsules surrénales; l'extrait pancréatique est sans action.

Si on traite d'une façon identique un égal poids de muscle ayant reçu un nombre égal de centimètres cubes d'eau salée à 7 pour 100, on constate que cet extrait, à cette dose, ne détermine pas la mort; on ne saurait donc invoquer les poisons musculaires.

Pour prouver que les principes diastatiques du pancréas interviennent, on chauffe cette glande à 72-74°, on injecte dans ce tissu modifié de la toxine diphté-

rique, on place à l'étau, on triture, on filtre: le cobaye succombe en présentant les extravasations sanguines capsulaires typiques.

On peut, d'ailleurs, s'assurer que ce pancréas traité de la sorte n'agit plus sur les albumines, ni les peptones plus; or, ces toxines sont des substances protéiques.

Cette défense ne relève pas des processus antitoxiques, car si on injecte l'extrait pancréatique d'un côté, et la toxine de l'autre, on n'observe aucune survie; souvent même cet extrait hâte les accidents.

Un cas de malaria des centres nerveux. — M. G. Marinesco (de Bucharest). Les cas d'accidents nerveux dus directement à l'hématozoaire de Laveran sont encore très rares.

Je viens d'observer une femme âgée de quatre-vingts ans, atteinte de troubles cérébraux, avec de la fièvre quotidienne atteignant 39°8, de l'hémiparésie de la moitié droite de la face et une paraparésie; le membre inférieur droit étant plus touché. La malade ne peut marcher que soutenue, les pieds se détachant du sol avec difficulté. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés; à droite il existe un commencement de trépidation épileptoïde.

La malade est morte dans le coma avec une température de 36°5. A l'autopsie, nous avons été surpris de l'aspect très caractéristique des centres nerveux. En effet, la substance corticale du cerveau de notre malade est d'une teinte grise foncée avec quelques reflets violacés. Sur des coupes pratiquées dans différentes régions de l'écorce cérébrale et traitées par la méthode de Nissl, on constate que tous les capillaires de la substance grise et blanche sont comme injectés; les globules rouges du sang contiennent à leur intérieur l'hématozoaire de Laveran à l'état amiboïde. Parfois, les corpuscules pigmentés constituent des espèces de conglomerats qui obtèrent la lumière des vaisseaux. Les capillaires de la couche optique et de tous les autres centres nerveux sont remplis de corpuscules pigmentaires. C'est là un cas intéressant d'invasion du système vasculaire cérébral par l'hématozoaire de Laveran.

25 Mars 1899.

Des modifications histologiques et chimiques de la moelle osseuse aux différents âges et dans l'infection staphylococcique. — MM. Roger et Josué.

La structure et la constitution chimique de la moelle osseuse varient considérablement avec l'âge. L'analyse chimique montre que chez de jeunes lapins pesant environ 1 kilogramme, ce tissu contient 75 pour 100 d'eau et 14 pour 100 de graisse. A mesure que l'animal grandit, l'eau diminue pour tomber à 50 et 32 pour 100; la graisse augmente simultanément, atteint 22 pour 100 et finit par dépasser 50 pour 100. En même temps, on voit diminuer les albumines et les matières insolubles.

Si l'on rapproche les chiffres fournis par l'analyse chimique des données obtenues par l'étude histologique, on arrive à des résultats d'une concordance parfaite. Chez le lapin de 1 kilogramme, la moelle rouge, parcourue par de nombreux capillaires, renferme une assez grande quantité de sang. Les aréoles graisseuses sont petites et les travées sont remplies de cellules. Les éosinophiles sont très abondants, la plupart mononucléaires; quelques-uns, assez rares, sont polynucléaires. Il existe aussi un grand nombre de lymphocytes, quelques grands mononucléaires neutrophiles peu abondants, des types intermédiaires, des cellules géantes à noyau contourné, des globules rouges à noyau; il n'y a pas de basophiles. A mesure qu'on examine la moelle d'animaux de plus en plus âgés, on voit la graisse augmenter de quantité, et les cellules disparaître; mais relativement, il y a toujours un grand nombre d'éosinophiles.

Chez de gros lapins inoculés avec du staphylocoque par différentes voies, on trouve par l'analyse chimique jusqu'à 78 pour 100 d'eau; la graisse peut tomber à 4 pour 100, les albumines et les substances insolubles augmentent aussi dans de grandes proportions.

L'examen histologique montre parallèlement la diminution ou même la disparition des aréoles graisseuses chez les animaux inoculés. En même temps, les cellules prolifèrent. Mais dans les cas d'infection, contrairement à ce qui a lieu chez les animaux jeunes normaux, les éosinophiles sont peu abondants; ce qui domine de beaucoup, ce sont les mononucléaires à noyau vésiculeux et à protoplasma bourré de granulations neutrophiles.

Essais d'accoutumance de l'organisme aux poisons urinaires. — M. Gouget. Dans une série d'expériences destinées à déterminer s'il est possible d'accoutumer l'organisme à l'action des poisons autochtones, j'ai injecté à des lapins, par la voie sous-cutanée, de l'urine à dose croissante. Tantôt je me suis servi d'urine humaine, soit fraîche, soit concentrée par la chaleur ou par le vide; tantôt j'ai employé l'urine de lapin soumis soit à l'alimentation ordinaire, soit au régime lacté. Les résultats ont été, dans leur ensemble, absolument concordants.

On obtient aisément la tolérance pour de fortes quantités d'urine, même en procédant par doses d'emblée assez fortes et rapidement croissantes. Mais alors même que j'avais commencé par des doses faibles et augmentées aussi graduellement que possible, je n'ai jamais réussi à obtenir une véritable accoutumance. Je suis arrivé à injecter, en une seule fois, plus que

la dose toxique en injection intra-veineuse, sans que l'animal perdît du poids les jours suivants; mais, si j'inoculais à ces mêmes lapins, deux ou trois jours après, de l'urine dans les veines, ils succombaient avant d'avoir atteint la moyenne toxique normale. Ou même, si les injections sous-cutanées étaient suspendues, je voyais tout à coup les animaux baisser de poids et succomber en peu de temps. Ces faits semblent comparables à ce que l'on observe chez l'homme dans certains cas, par exemple lorsqu'un état d'insuffisance rénale avancée, resté absolument latent jusque-là, se démasque brusquement et amène rapidement la mort.

L'autopsie montra diverses lésions viscérales, notamment des lésions hépatiques sur lesquelles je reviendrai ultérieurement. J'ai constaté également, chez deux lapins, l'évacuation de grosses masses de mucus avec les matières témoignant d'une véritable entérite muqueuse, due sans doute à l'élimination par l'intestin de certains principes de l'urine. J'ai vainement essayé de reproduire cette entérite par des injections répétées d'urée; mais en revanche, j'ai produit ainsi des lésions hépatiques assez spéciales. Notons, enfin, que ces injections d'urine n'ont paru influencer d'une manière appréciable ni la diurèse, ni l'élimination de l'urée, ni la température.

Médication parathyroïdienne. — M. Moussu. Les bons résultats obtenus dans certaines maladies par l'ingestion de glande thyroïde-mère ne sont plus discutables. Mais les glandules parathyroïdes jouissent-elles des mêmes propriétés thérapeutiques? Je n'ai obtenu aucune amélioration dans un cas de myxœdème, même après avoir soumis le malade à l'ingestion quotidienne d'une dose élevée de glandules parathyroïdiennes du cheval. Dans un autre cas de maladie de Basedow, fruste, la médication parathyroïdienne m'a semblé avoir donné de bons résultats, mais une tuberculose pulmonaire concomitante n'a pas permis chez ce malade de continuer le traitement parathyroïdien.

Médication thyroïdienne intensive. — M. Moussu. Dans des expériences à longue échéance, j'ai pu me convaincre que chez les animaux, l'alimentation thyroïdienne à dose intensive suractive pour un temps la croissance, tout en provoquant l'amaigrissement, mais que cette suractivité a une limite et que l'on ne peut arriver à modifier par cette méthode les caractères définitifs d'une même race.

Hypertrophie de la rate au cours de la gestation. — MM. Charrier et Guillemonat. Chez des femelles de cobayes, au cours de la gestation, quelque temps avant la mise bas, nous avons observé une hypertrophie manifeste de la rate, décelée par des pesées comparatives.

Parasites du cancer. — M. Galippe. Au cours de recherches entreprises il y a déjà longtemps, j'ai démontré que les glandes mammaires et testiculaires pouvaient renfermer à l'état normal des microbes saprophytes vulgaires. Cette notion bactériologique doit entrer en ligne de compte dans les résultats des enseignements faits au cours des néoplasies cancéreuses de ces glandes.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

Nouveau signe pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Ce signe, que M. Murat (de Bègles) a observé chez des tuberculeux pour lesquels la percussion et l'auscultation ne donnaient encore rien de précis, consiste en une sensation anormale qu'éprouve le malade, à savoir que, lorsqu'il parle fort, il sent que sa voix fait vibrer le poumon malade. Quand la conversation s'anime, quand le malade a des éclats de voix, il cherche même à atténuer cette résonance gênante de la région infiltrée en immobilisant, d'un mouvement instinctif, le bras du côté correspondant, près du tronc; ce faisant, il met une véritable sourdine au thorax, qui résonne du côté atteint comme un tambour.

Ce signe demande à être recherché, car n'étant pas douloureux, il n'éveille pas l'attention des malades. Mais que le médecin les interroge, les engage à s'étudier sur ce point, leur fasse faire en sa présence de fortes expirations parlées, des « hum! » rétentissants, et ils reconnaîtront que la voix retentit dans le poumon gauche, par exemple, tandis qu'aucune sorte de sensation n'est perçue du côté sain. Il semble au malade que le poumon tuberculeux est seul en relation avec le larynx.

Ce signe résulte de l'épaississement du parenchyme pulmonaire et est du même ordre que l'augmentation des vibrations thoraciques et la bronchophonie. Toutefois, la constatation nette de ces deux signes n'est pas toujours contemporaine de la sen-

sation de la résonance précocement perçue par le malade.

De l'administration du bromoforme dans la coqueluche.

On administre généralement le bromoforme suivant la formule indiquée par M. Marfan :

Bromoforme.	XLVIII gouttes.
Huile d'amandes douces	15 grammes.
Gomme arabique.	15 —
Eau de laurier-cerise.	4 —
Eau . . . Q. S. pour faire	120 centimètres cubes.

Une cuillerée à café de cette potion renferme II gouttes de bromoforme. Au-dessous de cinq ans, on donne, en trois prises, IV gouttes de bromoforme par jour et par année d'âge; de cinq à dix ans, on donne en trois prises XX gouttes par jour. Ces doses initiales sont augmentées de II à IV gouttes de bromoforme par jour, jusqu'à être doublées.

On peut aussi administrer le bromoforme suivant la formule indiquée par Moritz Cahn (de Hambourg) :

Bromoforme.	0 gr. 50 à 2 grammes.
Faites dissoudre dans parties égales d'alcool très pur et mêlez avec :	
Gomme arabique.	5 à 20 grammes.
Ajoutez lentement :	
Eau distillée.	100 —
Sirop d'écorces d'oranges.	20 —

Livrer dans un flacon de verre foncé. — A prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — Election de deux membres correspondants nationaux (4^e division). — Les candidats présentés étaient : en 1^{re} ligne M. Dupuy (de Toulouse); en 2^e ligne M. Imbert (de Montpellier); en 3^e ligne MM. Carles (de Bordeaux), Denigès (de Bordeaux), Lacour (de Versailles) et Leduc (de Nantes).

1^{re} élection : M. Dupuy (de Toulouse) est élu par 43 voix, contre 3 à M. Denigès, 2 à M. Imbert, 2 à M. Onimus et 1 à M. Carles sur 51 votants.

2^e élection : M. Imbert est élu par 41 suffrages, contre 4 à M. Carles et 5 à M. Onimus sur 50 votants.

Mancuvres obstétricales. — M. Wallich, agrégé, fera sa première démonstration au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le lundi 1^{er} Mai 1899, à 5 heures de l'après-midi.

Les démonstrations suivantes auront lieu le lundi à la même heure.

Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le mardi 2 Mai, à 3 heures, et se continueront tous les jours, à 3 heures (pavillon n° VI).

Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 Avril inclusivement.

Le montant des droits est de 50 francs.

Les démonstrations du lundi au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique sont publiques et gratuites.

Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

Hôpital Saint-Antoine; service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. Marcel LEMOYNE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses conférences pratiques le samedi 15 Avril à 9 h. 1/2 du matin.

Mardi. — Conférence de séméiologie et de diagnostic. **Samedi** : Conférence de thérapeutique; **lundi** : Petites opérations spéciales; **Vendredi** : Opérations sur l'oreille et les sinus de la face.

Conférences d'anatomie pathologique. — A partir du 11 Avril, les conférences d'anatomie pathologique auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Médecins ophtalmologistes des hôpitaux. — Le directeur de l'Assistance publique va soumettre incessamment à la signature du préfet de la Seine, l'arrêté instituant le concours des médecins ophtalmologistes des hôpitaux.

Étranger.

— MM. Strümpell et Eversbusch, professeurs de pathologie et d'ophtalmologie à l'Université d'Erlangen, sont appelés à l'Université de Munich.

— Le professeur Wernicke, directeur de l'Institut d'hygiène de Marbourg, vient d'être appelé à la direction de l'Institut d'hygiène nouvellement créé à Posen.

— M. Ducrey, professeur de dermatologie à l'Université de Pise, est promu au rang de professeur titulaire.

— De Calcutta on annonce la mort de M. Evans, professeur de pathologie au Medical College de cette ville, décédé des suites de la peste qu'il avait contractée en faisant une autopsie.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARSTEAUX, imprimeur 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^o, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Hémorrhagies

Lymphatisme

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec,
représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON : 4 FRANCS

Anémie

Chlorose

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS



OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

Oxyhémoglobine

ET

Glycérophosphate

de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)



MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MEDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire général
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — **P. DESFOSSES** Secrétaire adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris. ▶

SOMMAIRE

COMMOTIONS DE L'ENCÉPHALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par M. P. MAUGLAIRE. 133

MÉDECINE PRATIQUE

Le foie cardiaque et son traitement, par M. A.-F. PLIQUE 135

ANALYSES

Bactériologie : Etude comparée du bacille pyocyanique et du bacillus fluorescens liquefaciens, par M. STANISLAV RUBIKA 150

Médecine expérimentale : Sur les propriétés bactéricides des métaux, par MM. HEIMANN FURBER et KARL WOLF 156

Chirurgie : Autoplastie par glissement dans un cas de cancer du sein, par M. F. TRASSER — Expulsion de trois lombrices par une fistule abdominale antérieure, par M. FAUCHET 156

Maladies des enfants : Histoire de la dilatation de l'estomac chez les enfants, par M. RAELIN 156

Le matériel sanitaire maritime, par M. J.-P. LANGLOIS 124

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Des opérations portant sur l'appareil génital chez les femmes atteintes de troubles mentaux, MM. PÉQUET et FÉVRIÈRE. — Extirpation de l'astérogale luxé, M. RUYNIER, MM. NÉLATON, BERGER. — Épilobiose de l'estomac; réaction de 15 centimètres de l'estomac; guérison, M. TUFFIER. — Traitement de l'appendicite, M. NIMIER. — Rupture du tendon du triceps épural; suture, M. LEZARD, MM. ROUETIER, GUINARD, RIGARD, TUFFIER, POZZI, WALTHER, POTERRAT, GUINARD, LEZARD. — Sur l'asepsie opératoire, M. BAZY. — Radiographie d'une halle, M. TUFFIER. 125

Société anatomique : Myxosarcome du cerveau, M. LANTZBERG. — Anastomose entéro-rectale expérimentale, M. LARDENNOIS. — Perforation secondaire, post-opératoire, d'une anse intestinale étranglée, M. GÉRAUD. — Tuberculose pulmonaire chez les aliénés mélancoliques, MM. DEFFOUR et RABAUD. — Deux cas de cirrhose dyspeptique, M. MILIAN, M. CORNÉ. — Cylindrome de la paupière inférieure, MM. DREHAULT et MILIAN. — Adéno-fibrome du sein chez un jeune garçon, MM. MILIAN et RAYANIER. — Volumineux anévrysme aortique thoraco-abdominal, sans hypertrophie du ventricule gauche, M. GRIFFON. — Sarcome de la gaine du ganglion de Gasser, M. TRENNEL. 127

Société d'obstétrique de Paris : De l'allaitement chez les albuminuriques, MM. BUDIN et GRAVANE, MM. MAYGRIER, BOISSARD, BONNAIRE, BUDIN. — Présentation d'un placenta avec fœtus extra-utérin, M. MAYGRIER, M. BAR. — Étude des échanges nutritifs azotés et minéraux chez un nourrisson de deux mois, MM.

MICHEL et PERRET. — De l'infection amniotique avant la rupture des membranes, M. LEBMANN, M. MAYGRIER. — Accouchement au début du neuvième mois provoqué dans un cas de double luxation de la hanche et bassin rachitique, M. PLANCHON. — Enfant présentant des malformations multiples : spina bifida, scoliose, asymétrie pelvienne, division du voile du palais, et ayant vécu quatre jours et demi, MM. BOUCHÉTOUR et DEBRISAY. 127

Société médico-chirurgicale : Suppléance fonctionnelle d'un organe malade par un organe sain, M. PECKER, MM. GAUTRELET, PECKER, BERTHOUD, VERCHÈRE. — La clinique et les théories étiologiques et pathogéniques de la lithiase biliaire, M. BOULOUÏE. — Courants de haute fréquence, M. MOUTIER, MM. DEPIERRES, MOUTIER. — A propos de la grippe réquante, M. PAUL BERTHOUD. — L'hygiène hospitalière à Joigny, M. LONGBOIS. 128

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — Société de médecine interne de Berlin : Ecrasement de la moelle, M. BRASCH. — Affections de l'appareil respiratoire dans la fièvre typhoïde, M. ECKHART, M. FARNSEK. — Athropsie des nourrissons, M. A. BAGINSKY. 128

ILES BRITANNIQUES. — Société obstétricale de Londres : Cancer de la trompe, M. ROBERTS. 128

Société médicale de Liverpool : Cancer de la vésicule biliaire et lithiase, M. PAUL. — Myosite ossifiante, M. JONES. 128

RUSSIE. — Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Petersbourg : Traitement de la dystrophie et de la stérilité dues à l'étroitesse du col, M. S. KOLIKOVSKY, M. V. MASSERE. — Des septiciémies post-puerpérales, M. K. MATZEVSKY. — Symphysiostomie sous-cutanée, M. DOLNISKY. — Etranglement interne consécutif à une saignée, M. V. VASTENE. — Grossesse ectopique, M. V. VASTENE. 128

Société de pédiatrie de Saint-Petersbourg : Cas de chorée molle, M. N. SCHERPAVSKOFF, M. RAUCHFELS. — Hystérie chez deux enfants de quatre et sept ans, M. GOUPOINE. 129

Société des médecins de la Faculté de Kazan : Endémie de goitre et de crétinisme, M. M. KOSDRAZKY. 129

Société médicale de Kieff : Éclampsie du testicule sous la peau de l'aîne, M. A. GALINE. — Diagnostic entre le

RENSEIGNEMENTS

Situation médicale. — M. Blanc (de Marseille), directeur du *Sud Médical*, désire céder sa clientèle ainsi qu'une part ou la totalité du journal, Versement minimum et comptant (sine qua non) de 10,000 francs. Cette condition étant rigoureusement indispensable, prière de n'engager aucun pourparler si elle n'est pas remplie.

Externe des Hôpitaux, 12 inscriptions, désire emploi dans clinique chirurgicale ou gynécologique. S'adresser au journal (n° 318).

bacille du smegma et celui de la tuberculose, M. J. NORKINE 129

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la péricardite sèche. — La technique des injections de sérum antidiphthérique 129

LIVRES NOUVEAUX

Récamiar et ses contemporains, par M. P. TRIAIRE. 130

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 130

Répertoire thérapeutique 130

Voir les Nouvelles à la dernière page.

LE MATÉRIEL SANITAIRE MARITIME

Après avoir abordé, dans un numéro précédent (*La Presse Médicale*, 18 Février 1899), la question des médecins sanitaires maritimes, j'annonçais la publication d'un autre article traitant, non plus du personnel, mais du matériel. Or, il se trouve que la discussion du budget de la marine à la Chambre des députés (séance du 23 Mars), donne à cet article une actualité toute spéciale.

MM. Lemire et Lemoigne, qui ont soulevé la question du rapatriement des troupes coloniales, ont glissé beaucoup trop légèrement, à mon avis, sur les conditions déplorables dans lesquelles les relèves s'effectuent.

Il leur eût été très facile de demander au ministre de l'Intérieur communication des rapports qui lui sont adressés annuellement par les médecins sanitaires maritimes, en exécution de l'art. 26 du règlement sanitaire du 26 Janvier 1896. Je ne crois pas que communication leur ait été refusée, puisque ces rapports sont communiqués réglementairement au Comité consultatif d'hygiène publique de France, où, par une coïncidence assez étrange, figure au moins un administrateur d'une de nos grandes Compagnies subventionnées !

N'est-ce pas une anomalie curieuse de voir sou-

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et l'Étr.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 26, 1^{er} AVRIL 1899.

INSTITUT ZANDER

24, rue d'Artois, 24

MÉCANOTHÉRAPIE ORTHOPÉDIE MASSAGE

POUGUES TONI-ALCALINE

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu iodoformo-crésoté. BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VER SOLITAIRE Guérison par les GLOBULES DE SECRETAN

A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fougère mâle des Vosges. Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

mettre à l'appréciation d'un administrateur d'une Compagnie particulière, le rapport d'un agent technique chargé, d'une part, d'un service public des plus essentiels, et, d'autre part, employé salarié, révocable par ce même administrateur ?

Nos députés auraient pu se rendre compte des conditions défectueuses dans lesquelles sont transportés nos malheureux soldats.

J'ai traité jadis du rapatriement des troupes de Madagascar (*La Presse Médicale*, 6 Novembre 1895). Les rapports actuels constatent tous qu'il y a, sur ce point, progrès notable, que les hécatombes de jadis ne se renouvelent plus, mais enfin, qu'il y a encore bien des améliorations nécessaires.

Une première remarque d'abord. Depuis dix ans, la marine de l'État a renoncé à transporter elle-même ses troupes. Elle trouve une économie notable, paraît-il, à affréter des bâtiments de commerce. Or, il s'est passé ce fait étrange, que les bâtiments de commerce sont d'autant plus mal aménagés pour le transport des troupes qu'ils sont de construction plus récente.

Les nouveaux bateaux, en effet, sont construits en vue des passagers de classe; et la place réservée aux passagers de pont, par suite aux militaires, est plus restreinte que sur les anciens navires.

Le cubage d'air est quelquefois notablement insuffisant. Le faux pont n° 3 de l'*Oxus* (180 mètres cubes, par exemple), reçoit 75 couchettes, soit 2 m. c. 400 par homme; il n'existe aucun appareil de ventilation mécanique, et nous pouvons compter comme nul le service des manches à vent, au moins pendant la traversée de la mer Rouge et même dans l'Océan indien, quand il y a faible brise d'arrière.

On s'est ému cependant une fois de ce défaut de ventilation: un rapport envoyé par le commandant d'armes concluait que les faux-ponts ainsi organisés étaient insalubres pour les passagers; mais les passagers, il est vrai, étaient... des muets qui revenaient à 6.000 francs, rendus à Madagascar.

Dans les règlements administratifs, il n'est pas question de malades. Les hommes embarqués à Madagascar ou au Tonkin sont tous considérés comme retournant, soit par fin de séjour, soit comme convalescents; mais, dans la pratique, il faut compter sur un quart au moins de malades, soit que parmi les pseudo-convalescents il existe des sujets en pleine évolution morbide et embarqués *par ordre* (les rapports en question en font foi), soit que les accès paludéens, masqués à terre, éclatent de nouveau à bord, ce qui est assez fréquent.

Or, l'infirmerie du bord, où tous les grands malades, tout au moins, devraient être hospitalisés, est, sur tous les bâtiments affrétés, absolument insuffisante; et la raison tient précisément à ce fait que tout est pris pour les passagers de classe. On organise sur le gaillard d'avant, soit à tribord, soit à babord, un local à parois minces, aéré par des claires-voies, de telle sorte qu'il y fait un chaleur torride quand le soleil des tropiques donne dans toute son intensité, et des froids très vifs pendant les dernières heures de la nuit. Les 12 couchettes sont superposées deux par deux, et il est impossible d'ausculter un malade dans sa couchette, il faut le faire lever et asseoir sur un pliant pour procéder à un examen sérieux.

Trop souvent, enfin, l'hôpital est occupé, d'office, par des individus n'étant pas malades et que le médecin ne peut faire partir. Plusieurs rapports sont, à cet égard, très explicites, et montrent le sangsue avec lequel les agents des Compagnies en usent avec l'officier sanitaire.

Il faudrait, pour obtenir un hôpital convenable, disposer d'une batterie courant d'un bord à l'autre, de façon à pouvoir toujours utiliser la brise, et organiser dans cet endroit une ou deux chambres d'isolement. Remarquez que ces desiderata ne sont pas des utopies, puisqu'ils sont réalisés sur les bâtiments de la flotte volontaire russe, qui assurent le service des troupes et des émigrants d'Odessa à Vladivostok.

Si nous avons insisté principalement sur les aménagements destinés aux troupes, c'est que cette question présente un intérêt de premier ordre. Mais, en fait, tout ce que nous avons dit s'applique également aux passagers de ponts civils, aux émigrants.

Quant au matériel de l'infirmerie, pharmacie, boîte de chirurgie, il donne lieu à des critiques légères, et il suffirait de quelques modifications sans importance pour pallier aux inconvénients actuels.

Réfection des boîtes de chirurgie, dont quelques-unes remontent à quarante ans, et où ne se rencontrent ni pinces à forcipressure, ni thermocautère.

Revision des listes de médicaments embarqués, le liniment oléo-calcaire pouvant céder la place à tout autre pansement plus aseptique. Augmenter la quantité d'ouate hydrophile, qui est, si je ne m'abuse, de 500 grammes sur certaines lignes.

La désinfection à bord se fait assez correctement, et les médecins que nous avons consultés reconnaissent qu'ils ont l'entière jouissance de l'étuve à vapeur sous pression; malheureusement, ces étuves manquent sur certaines lignes dangereuses.

Tous les hygiénistes s'accordent aujourd'hui pour reconnaître que peste et choléra arriveront en Europe de préférence par les ports de la mer Noire, Trébizonde et autres. Or, les vapeurs français, et ajoutons, étrangers, qui desservent la mer Noire, n'ont pas d'étuves, très souvent pas de médecins, sous le prétexte qu'ils quittent les ports de France sans avoir les 100 passagers exigeant l'officier sanitaire, alors qu'ils prennent aux escales 300 à 400 individus souvent suspects.

Les patentes et visas devant être accordés par le consul de France à chaque escale, rien ne serait plus facile que de mettre en demeure les Compagnies de se conformer aux règlements.

Nous n'avons certainement pas épuisé toutes les critiques susceptibles d'être faites aux aménagements des navires destinés à transporter des passagers de pont. Nous aurons l'occasion peut-être de revenir sur les questions de l'eau, de la suppression des charniers, de la ventilation mécanique, questions multiples et qui doivent intéresser tous ceux qui s'occupent de l'hygiène. Je ne doute pas, d'ailleurs, qu'il serait facile de poursuivre des enquêtes fort utiles, avec la collaboration des médecins embarqués.

J.-P. LANGLOIS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les rayons X devant les tribunaux.

La première chambre du tribunal civil, présidée par M. Baudouin, a rendu, dans son audience de mercredi, un premier jugement dans la curieuse affaire suivante :

Une dame Macquaire souffrait d'une névrite crurale gauche et, pour mieux arriver à déterminer le siège exact du mal, son médecin lui conseilla de faire « radiographier » la partie malade. Ce fut M. R... qui procéda à cette opération. Il s'y reprit à trois fois, les premières poses n'ayant pas amené de résultat satisfaisant; mais, pour des causes difficiles à apprécier exactement, M^{me} Macquaire fut atteinte, à la suite de ces poses prolongées devant l'appareil radiographique, peut-être trop rapproché de la partie à examiner, d'une brûlure profonde consécutive à l'application des rayons X, dont M^{me} Macquaire n'est pas encore guérie.

C'est dans ces conditions que M. Macquaire a assigné M. R... devant le tribunal, en responsabilité de l'accident survenu à sa femme et, qu'il lui réclame 5.000 francs de dommages-intérêts.

M. le substitut Drouart a conclu à la nécessité d'une expertise, dans une affaire où les données de la science ne pouvaient pas actuellement fournir des éléments suffisants d'appréciations et qui soulèvent les questions techniques les plus délicates.

Conformément à ces conclusions, le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Le tribunal :

« Attendu que, pour motiver sa demande en dommages-intérêts, Macquaire expose dans son assignation, que sa femme ayant été atteinte, dans le premier mois de 1898, d'une névrite (sic) crurale gauche; son médecin ordinaire, M. R... proposa de faire radiographier la partie malade

« Que le docteur R... ayant été chargé de procéder à cette opération fit subir à la dame Macquaire trois poses successives, une première de quarante minutes, fin Mars; une deuxième de quarante-cinq minutes, huit jours après et une troisième de une heure un quart, le 21 Avril; que ces différentes poses, beaucoup trop prolongées, occasionnèrent une brûlure profonde s'étendant sur une partie de la cuisse et sur le bas-ventre; que cependant, dès la première fois, des indices de brûlure s'étaient produits qui auraient dû attirer l'attention du docteur R...; que celui-ci a donc commis une faute opératoire et une grave imprudence qui engagent sa responsabilité professionnelle;

« Qu'à l'appui de ses affirmations, le demandeur verse aux débats un certificat du docteur Roussel, en date du 21 Octobre 1898, dans lequel ce médecin déclare que,

lorsqu'il a donné des soins à la dame Macquaire, du 17 Juin au 25 Juillet 1898, la plaie dont elle souffrait à cette époque « avait tous les caractères d'une vaste brûlure, au troisième degré, occasionnée sans aucun doute » par l'application trois fois répétée des rayons X sur « la région soignée »;

« Attendu que le docteur R... admet l'exactitude du récit de Macquaire, en ce qui concerne le nombre et les dates des poses, et qu'il est également d'accord avec lui sur la durée des deux dernières, puisqu'on lit ce qui suit dans sa lettre adressée au docteur Roussel : « J'en ai « décidément pas de chance avec votre cliente; ses tissus présentent une résistance telle au passage des « rayons X que quarante-cinq minutes de pose ont été « insuffisantes pour donner une épreuve pouvant éclairer le diagnostic... Nous allons, si votre cliente veut « bien poser, recommencer encore, et j'espère qu'avec « une pose d'une heure un quart, nous aurons une « bonne épreuve »;

« Qu'en outre, il reconnaît dans sa lettre du 10 Mai 1898, adressée à Macquaire, qu'une inflammation de la peau s'est produite à la suite de l'application des rayons X; qu'on y relève, en effet, le passage suivant : « ... c'est « même la première fois qu'il m'arrive d'avoir de l'erythème, cette inflammation fréquente de la pose consécutive à l'application des rayons X »;

« Mais qu'il soutient qu'en l'état actuel de la science, la nature et la cause d'un semblable accident sont inconnus; que, d'ailleurs, depuis un an, la dame Macquaire a essayé les traitements les plus divers, et que ce sont probablement ces traitements qui ont eu pour résultat de transformer une plaie de chaleur épidermique en une vaste plaie; qu'en tout cas, il s'est conformé aux pratiques enseignées chaque fois qu'il a fait poser la dame Macquaire, et que dans ces différentes opérations, on ne saurait relever à sa charge une faute quelconque de nature à engager sa responsabilité;

« Attendu que les faits ainsi soumis au Tribunal soulèvent des questions techniques, d'un caractère tout particulier, qui ne peuvent être résolues sans une instruction préalable; que, dès lors, il est nécessaire de recourir à une expertise :

« Par ces motifs :

« Avant faire droit, nomme d'office expert M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à l'effet, serment préalablement prêté devant le président de cette Chambre, s'il n'en est dispensé par les parties, de visiter la dame Macquaire, d'indiquer si les lésions dont elle est atteinte ont eu pour cause certaine et unique des applications trop multiples, trop rapprochées ou trop longues des rayons X; dans le cas de l'affirmation, de dire s'il est possible de juger, en l'état actuel de la science, que l'accident est le résultat d'une faute opératoire commise par le docteur R...;

« Dit que, pour remplir sa mission, l'expert entendra contradictoirement les parties en leurs dires et explications, s'entourera de tous renseignements utiles et au besoin se fera assister d'hommes de l'art de son choix;

« Dit qu'il consignera le résultat de son travail dans un rapport, qui sera déposé au greffe pour, sur ce document, être, par les parties, conclu, et par le tribunal, statué ce qu'il lui appartiendra, etc...

« Réserve les dépens. »

Le procès, comme l'on voit, est d'autant plus intéressant que la mission de M. Brouardel affecte un caractère général et que c'est en quelque sorte le procès de la radiographie qui s'instruit.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

29 Mars 1899.

Des opérations portant sur l'appareil génital chez les femmes atteintes de troubles mentaux.

— MM. Picqué et Febvre. Nous avons étudié l'an passé le résultat des opérations d'ordre génital chez la femme, et nous avons conclu qu'elles n'avaient aucune influence sur l'apparition de la folie. Nous allons étudier aujourd'hui le résultat de certaines opérations que nous avons entreprises chez la femme, dans le but de guérir des accidents déments.

Le traitement chirurgical de la folie a beaucoup préoccupé les étrangers, et a été, en général, vivement combattu. Des statistiques multiples ont toutes tendu à démontrer que l'intervention, chez les folles, est toujours suivie d'insuccès.

Doit-on cependant repousser en bloc toutes les tentatives? Nous ne le pensons pas, et nous allons, au contraire, essayer d'établir que, dans des cas bien déterminés, une opération peut rendre à une folle et la santé et la raison.

Nos opérations ont toutes porté sur des organes malades. Mettons d'abord en relief deux faits : le premier, c'est la grande fréquence des affections génitales chez la femme aliénée, fait déjà observé en Amérique; le deuxième, c'est la guérison que nous avons obtenue chez la majeure partie de nos malades.

Nous avons considéré trois groupes de malades parmi nos opérés.

Dans le premier groupe, il s'agit de femmes chez lesquelles l'affection chirurgicale évolue avec le trouble mental. La malade peut connaître l'affection dont elle est atteinte, et c'est en quelque sorte cette affection qui a été le point de départ de ses troubles mentaux, ou bien elle l'ignore et deux cas se présentent : 1^o il s'agit de malades en état de folie érotique, d'obsession génitale et

qui guérissent par l'intervention; 2^o il s'agit de malades qui ne présentent aucun trouble de la région génitale et qui sont néanmoins porteurs de lésions génitales, que l'on rencontre à l'examen.

Dans le deuxième groupe, nous rangeons les malades atteints d'aliénation mentale préexistante, et sur laquelle est venu se greffer un nouveau délire à point de départ génital. Or, l'intervention peut faire disparaître ce délire surajouté.

Dans le troisième groupe, enfin, sont rangées les malades en état de convalescence mentale, et qui ont une lésion d'ordre génital déterminant pour son compte des troubles surajoutés.

En résumé, chez les folles, toute affection amenant de l'épuisement (fibrome, métrite, annexite, etc.), toute affection provoquant de l'obsession génitale est justiciable d'une opération.

Nous n'intervenons jamais chez les démentes, les persécutées, les paralytiques générales, les hystériques.

Voici maintenant le résultat de nos examens et interventions. Sur 63 femmes examinées, 7 seulement ne présentent aucune lésion génitale.

18 fois, nous sommes intervenus et nous avons obtenu 11 guérisons définitives, 3 états stationnaires, 3 améliorations et 1 mort.

Des 3 stationnaires, 2 sont des hystériques, et l'autre une persécutée. Aujourd'hui, je ne les opérerais plus, parce que je sais que ces cas ne bénéficient pas des opérations.

Nous avons observé, d'autre part, 4 autres malades, atteintes de troubles mentaux et opérées pour des affections d'ordre génital, ce qui nous fait un total de 22 cas avec 12 guérisons définitives, 3 états stationnaires, 6 améliorations et 1 mort.

Cette statistique est bien différente de celles des auteurs étrangers, et la cause en tient à ce fait capital que les hystériques forment le gros contingent de ces statistiques étrangères, tandis que nous ne les opérions jamais.

En outre, pour la statistique d'Angelucci, il n'y avait pas de lésions bien notables chez les malades opérées, ou même il n'y en avait pas du tout.

Nous, au contraire, nous n'avons opéré que des femmes ayant des lésions.

La conclusion est qu'il ne faut pas rejeter en bloc toute intervention chez les folles. Il faut distinguer les cas, comme nous avons essayé de le faire, et chez quelques malades une intervention justifiée par des lésions pourra amener le retour à la raison.

Extirpation de l'astragale luxé. — M. Reynier. M. Legueu nous a communiqué le cas d'un homme ayant eu une luxation de l'astragale, à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Cette luxation ne put être réduite, même sous chloroforme. Le malade resta en cet état jusqu'à ce que M. Legueu le vit, cinquante-sept jours plus tard.

M. Legueu opéra, et fit l'extirpation de l'astragale, après avoir essayé en vain de le réduire. Le malade guérit rapidement.

J'ai fait moi-même trois fois cette opération dans des conditions identiques, et avec un succès opératoire et thérapeutique complet.

M. Nélaton. J'ai pu réduire dans un cas analogue, en réséquant la tête astragalienne, et je pense qu'il vaut mieux s'en tenir à cette simple résection.

M. Berger. J'ai extirpé l'astragale dans les mêmes conditions que MM. Reynier et Legueu, et avec succès.

Epithélioma de l'estomac; résection de 15 centimètres de l'estomac; guérison. — M. Tuffier présente un malade opéré il y a un an, pour un épithéliome de l'estomac. La guérison se maintient et le malade est dans un parfait état de santé. L'examen histologique de l'épithéliome a été fait.

Traitement de l'appendicite. — M. Nimier. Les observations d'appendicite apportées à cette tribune ont, d'une manière générale, surtout mis en relief la gravité de l'affection, et elles ont servi d'arguments en faveur du précepte de l'appendicectomie précoce. Les atteintes légères, par contre, ont été laissées de côté, et cependant, ces atteintes, une fois la crise passée, ne démontrent-elles pas que le traitement médical de l'appendicite ne doit pas être absolument condamné?

Dans ces dernières semaines, je viens d'observer 8 cas d'appendicite; je n'en ai opéré aucun et tous ont guéri. De mes malades, il en est un qui certainement n'eût pas trouvé grâce devant nos collègues radicaux; il avait en effet une appendicite à début bruyant; fièvre modérée, mais douleur iliaque vive et vomissements bilieux. Quant aux 7 autres, j'ignore comment ils auraient été traités, car personne n'a répondu à M. Quénu quand, dans une des dernières séances, il demandait: « Opérez-vous pour une simple douleur iliaque? » A cette douleur iliaque, avec l'accompagnement habituel de vigilance musénaire, d'état gastrique léger et de constipation, se bornait chez mes malades la manifestation clinique de la lésion appendiculaire, et tout se dissipa en une dizaine de jours.

Si, ce qui est bien admissible, vu l'absence des preuves anatomiques, on conteste dans ces cas de guérison l'existence d'une lésion de l'appendice, la difficulté n'en persiste pas moins au point de vue du traitement des cas similaires. Ne rappellent-ils pas en effet le mode de début insidieux de certaines atteintes graves? Par suite, à toute appendicectomie précoce, pratiquée dans

les premières heures de l'attaque, comme certains la préconisent, l'on reprochera, avec quelque raison, de s'être adressé à un cas d'appendicite qui eût guéri sans opération.

Quoi qu'il en soit, la discussion actuelle a eu pour effet de faire considérer l'appendicite comme une affection chirurgicale, et maintenant, au Val-de-Grâce, les appendicites ne sont plus dirigées sur les services de médecine. C'est grâce à cette mesure que j'ai pu observer les cas légers dont il vient d'être question, cas qui m'autorisent à relever ce qu'il y a d'exagéré dans la mortalité de 1 sur 3 attribuée à l'appendicite dans l'armée. Mon maître, M. Chauvel, ainsi qu'il l'a dit, a basé ses statistiques sur les observations envoyées au comité de santé, c'est-à-dire sur les observations des cas d'appendicites mortelles, graves ou opérées. Plus voisine de la réalité doit être la petite statistique de mon service, car, aux cas graves, depuis quelques mois s'ajoutent les atteintes légères.

Or, elle comporte 24 cas d'appendicite qui, se décomposent ainsi:

14 traités médicalement, avec 14 guérisons;

10 opérés, avec 1 mort.

Cette mortalité de 1 sur 24 me paraît assez peu élevée pour justifier mes convictions d'opportunisme en fait de traitement de l'appendicite.

Rupture du tendon du triceps crural; suture. M. Lejars présente un homme de quarante-huit ans qui, le 30 Juin dernier, s'était rompu le tendon du triceps crural droit, en tombant dans un escalier. La rupture siègeait à un doigt du bord supérieur de la rotule et s'accusait par une dépression, en gouttière transversale, de plus nettes. L'impotence était complète.

Le lendemain, la suture fut pratiquée, sous l'éther. Une incision longitudinale, sur le devant de la cuisse, découvrit les deux bouts entourés de sang et de caillots. Pour réunir, on faucha d'abord, dans l'un et l'autre segment tendineux, à 1 centimètre du plan de rupture, et en travers, une anse de gros catgut, qui devait servir de fil d'appui, et, après avoir rapproché par un premier surjet leur bord postérieur, on les amena au contact, et l'affrontement fut complété par un second surjet antérieur. Réunion, par-dessus, de l'enveloppe aponeurotique et de la peau. Immobilisation du genou dans une gouttière plâtrée postérieure.

Le blessé resta au lit vingt-trois jours; au trente-cinquième jour, il quittait l'hôpital à pied. Depuis, la restauration fonctionnelle s'est achevée, la marche est normale et sans boiterie.

M. Routier. J'ai eu un aussi beau résultat sans aucune intervention.

M. Guinard. J'ai vu également un excellent résultat obtenu sans opération.

M. Ricard. Je ne suis pas de l'avis de MM. Routier et Guinard sur l'inutilité de suturer d'emblée le tendon du triceps et je suis, au contraire, partisan convaincu de la suture de tous les tendons rupturés, quel que soit le tendon.

M. Tuffier. Je n'ai vu qu'un cas de rupture du tendon du triceps; j'ai suturé et mon malade a parfaitement guéri.

M. Pozzi. Je suis également d'avis qu'il faut toujours suturer les tendons rompus.

M. Waither. En 1892, j'ai fait une suture du tendon du triceps, suture presque immédiate, et le résultat a été parfait.

M. Potherat. Chez un petit enfant de cinq ans, qui s'est rompu le tendon du triceps, je ne suis pas intervenu et l'enfant a parfaitement guéri. Mais il faut bien considérer ce fait que ce tendon du triceps présente une disposition anatomique spéciale, l'existence de fortes brides latérales qui permettent de comprendre comment la guérison peut survenir, même sans intervention.

M. Guinard. Je ne dis pas qu'il ne faut pas suturer, et je suis partisan de l'intervention, mais j'ai, en citant le cas que j'ai observé, voulu dire que, sans opération, on peut cependant obtenir les plus beaux résultats.

M. Lejars. Je reste convaincu qu'aucun autre procédé ne m'eût valu, chez mon blessé, un résultat comparable. On nous a cités des exemples de restauration fonctionnelle complète par le simple massage; nous connaissons des faits du même genre, mais nous en connaissons d'autres où l'impotence est restée définitive. On ne saurait donc baser une règle sur des exceptions heureuses. Pour ma part, en dehors de certaines contre-indications (et de l'âge n'en est pas toujours une), je crois qu'il est de saine pratique de suturer immédiatement le tendon tricipital rompu, tout aussi bien que la rotule fracturée.

Sur l'asepsie opératoire. — M. Bazy. Je désire revenir sur quelques points qui ont été traités à la dernière séance.

Tout d'abord, à propos de la possibilité clinique d'aseptiser les mains, je désire ajouter un fait précis à ceux que j'ai signalés à la dernière séance et je pourrais certainement en citer beaucoup d'autres.

Le 4 Mars, j'ai opéré deux appendicites à froid. Je n'avais pas pris la précaution d'indiquer l'ordre dans lequel les malades devaient être amenés, pensant avoir suffisamment insisté sur les deux cas pour qu'on me conduisit celui qui paraissait avoir une lésion tout à fait refroidie.

J'opère le premier; il avait, au milieu d'adhérences

assez molles, un abcès du volume d'une grosse noisette qui contenait du streptocoque pur. Je crus prudent de mettre un drain dans l'abdomen.

J'avoue qu'après cette première opération, j'ai eu quelque hésitation à faire la deuxième; mais le malade désirant beaucoup être opéré ce jour-là, et en finir avec des douleurs qu'il avait depuis dix ans, j'ai passé outre.

J'ai trouvé un appendice très long, très adhérent à la face postérieure du cæcum et à l'aponévrose de l'iliaque, si adhérent que j'ai eu tout d'abord un peu de mal à le trouver, puis à le libérer; je dus le sculpter. Il me fallut faire des manœuvres prolongées, par conséquent me placer dans de bonnes conditions d'inoculation. Or, chez ce second malade, je me suis comporté comme dans une opération aseptique, j'ai pansé sans crainte.

En citant ces faits, je n'ai pas l'intention de les donner comme des exemples à suivre et de conseiller, quand on a plusieurs opérations à pratiquer, de commencer par l'opération septique, même pour prouver qu'on peut s'aseptiser suffisamment les mains: ce sont là des expériences qu'on ne peut faire que sur les animaux.

Que vous mettiez des gants quand, ayant fait une opération septique, sans gants, vous avez à en faire une aseptique; que vous en changiez ou que vous les ôtiez, si vous en aviez déjà, rien de mieux. Je ne crois pas, cependant, que vous soyez en droit d'attribuer l'amélioration de vos statistiques uniquement à l'emploi des gants; elle est due plutôt à la rigueur avec laquelle vous surveillez tous les préparatifs et les différents actes de l'opération.

En somme, pour conclure, les gants me paraissent plutôt servir à protéger le chirurgien que le malade, comme c'est le cas pour notre collègue Jalaguier. Que, dans ces conditions, le malade en bénéficie, cela ne fait pas de doute: dès lors, nous devons tous être satisfaits.

Quant à l'objection que m'a faite M. Quénu, que ces faits négatifs ne prouvent rien, je pourrais bien retourner l'argument. Qu'est-ce donc que l'asepsie opératoire, sinon un fait négatif (asepsie: a privatif, disent les classiques)?

Il a été, en outre, question des conditions de l'asepsie opératoire et de la réunion par première intention, ce qui est la même chose, l'un n'allant pas sans l'autre.

J'y ai vu avec plaisir la réédition des propositions déjà énoncées depuis longtemps au sein même de cette Société, et le souvenir, entre bien d'autres, des discours que prononçait sur ce sujet, il y a bien longtemps, le professeur Trélat, qui énumérait les conditions de cette réunion par première intention, avec une autorité qui nous dispense de les répéter après lui. Or, parmi ces conditions, il citait l'hémostase parfaite.

C'est cette condition que je m'efforce depuis longtemps de réaliser en faisant toujours la suture profonde ou capitonnage des plaies, de façon à supprimer toute cavité dans laquelle le sang ou la sérosité puissent s'accumuler. C'est aussi, je crois, la pratique de beaucoup de nos collègues.

Une autre condition d'une bonne réunion par première intention, c'est de ne point laisser dans les tissus de corps étrangers, et, à ce point de vue, le catgut qu'on peut obtenir parfaitement stérile nous donne toute satisfaction. En ce qui me concerne, j'ai abandonné complètement la soie pour le catgut, sauf dans les cas où la sécurité opératoire et la solidité des sutures sont les éléments indispensables du succès, dans les opérations d'anastomoses des viscéres abdominaux, par exemple; et, dans ces conditions, je serais disposé à abandonner la soie pour le simple fil de couturière.

Dans tous les autres cas, la crainte de laisser un corps étranger domine tous nos actes, car les corps étrangers peuvent être l'occasion, à très longue échéance, de suppurations. J'ai vu, chez une malade à qui j'avais suturé une éventration avec un fil de soie, une suppuration se faire au niveau de la cicatrice un an après l'opération, et cela au cours d'une bronchite pour laquelle cette malade était rentrée à l'hôpital. Or, la cicatrisation de mon opération s'était faite d'une manière absolument aseptique, et la cicatrice était restée silencieuse pendant un an.

La question de la vitalité plus ou moins grande des tissus a pour moi une importance bien moindre. Je ne crains pas de mettre une pince à pression sur les aponeuroses pour les repérer, et je n'en ai jamais vu l'inconvénient. A tout instant, soit pour les cures radicales de hernie, soit pour les appendicites, les néphrectomies trans-péritonéales, les opérations sur les voies biliaires, je pince l'aponévrose du grand droit et les réunions n'en sont pas moins bonnes; aussi suis-je étonné de voir ceux qui ont adopté l'écrasement des tissus comme moyen hémostatique craindre de serrer une aponevrose avec une innocente pince à forcipresse: il y a là une contradiction que je ne me charge pas d'expliquer.

Pour ce qui me concerne, si j'adoptais, moi aussi, la méthode de l'écrasement, afin de pouvoir, pour corriger l'imperfection et l'insécurité du moyen, appliquer sur les vaisseaux un fil de soie fin et éviter l'emploi d'un gros fil, je ne me préoccuperais pas, si j'étais aseptique, du plus ou moins de vitalité des tissus, car il existe une variété de nécrose qui s'appelle la nécrose aseptique; mais, dans ces cas, j'aime mieux le bon catgut solide qui fait une bonne hémostase et disparaît bientôt après.

D'après ce que j'ai observé, ce n'est pas le tissu fibreux, mais plutôt le tissu adipeux qui aurait la moindre vitalité; j'ai vu plus d'une fois, et mes collègues

aussi sans doute, la cicatrice de laparotomies chez les femmes obèses cacher une accumulation plus ou moins grande de liquide huileux aseptique paraissant résulter de l'écrasement de cellules adipeuses ayant laissé échapper leur contenu.

Radiographie d'une balle. — M. Tuffier présente la radiographie de la tête et du cou d'un malade qui avait reçu une balle au niveau de l'occiput. Il persistait un trajet fistuleux. La radiographie a montré que la balle n'était pas au niveau du crâne, comme on pouvait le penser, mais dans le cou.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Mars 1899 (fin).

Myxosarcome du cerveau. — M. Lantzenberg présente une tumeur du volume d'une pomme intéressant principalement le lobe frontal gauche et accessoirement le lobe frontal droit et le genou du corps calleux. Il existait un profond affaiblissement psychique, des signes moteurs de parésie diffus et peu marqués. Le diagnostic de localisation a pu être fait exactement pendant la vie par M. Brissaud.

Histologiquement, il s'agissait d'un myxosarcome avec grand développement vasculaire et gliomateux localisée en certains points. L'origine de cette tumeur aux dépens des vaisseaux des méninges paraît probable. On ne peut actuellement considérer comme exceptionnelle la nature sarcomateuse des néoplasmes propres au corps calleux ou intéressant cette commissure.

Anastomose entéro-rectale expérimentale. — M. Lardinois montre des pièces provenant de l'autopsie d'un des chiens chez lequel il a pratiqué une anastomose entéro-rectale il y a quatre mois. L'auteur a imaginé un nouveau procédé pour effectuer cette anastomose entéro-rectale, qui est d'une exécution très laborieuse et souvent impossible par les méthodes habituelles. Il se sert d'un bouton analogue à celui de Murphy, mais dont les deux parties peuvent faire emporte-pièce.

Par la laparotomie, on enclasse le bouton femelle, d'après la technique de Murphy, sur l'anse à anastomoser. Un aide introduit dans le rectum, au moyen d'une pince spéciale « porte-bouton », la pièce mâle qui soulève les tuniques de l'intestin et qui détermine une saillie bien visible et sensible.

Il suffit alors de coiffer cette saillie du cylindre femelle et l'on emboîte les deux pièces. Ce procédé d'anastomose est d'une exécution facile et rapide.

Perforation secondaire, post-opératoire, d'une anse intestinale étranglée. — M. Géraud apporte un segment d'intestin grêle contenu dans le sac d'une hernie crurale, et spontanément réduit dans l'abdomen au moment où, dans le but de pratiquer la kélotomie, on venait d'ouvrir le sac.

La constriction au niveau du collet, s'étant prolongée pendant trois jours, a provoqué du sphacèle de l'intestin au niveau du point rétréci; comme on n'avait pas pris soin d'ouvrir l'abdomen pour rechercher l'anse rentrée, la mortification a continué son œuvre et amené deux petites perforations mortelles.

Tuberculose pulmonaire chez les aliénés mélancoliques. — MM. Dufour et Rabaud insistent sur la fréquence relative de la tuberculose pulmonaire chez les mélancoliques. L'évolution est torpide, sans toux, sans expectoration et sans fièvre, et, par suite, la complication thoracique passe aisément inaperçue. On peut être mis sur la voie par la constatation de l'albuminurie, fréquente chez ces malades.

Deux cas de cirrhose dyspeptique. — M. Milian, chez deux malades atteints, l'un de rétrécissement de l'œsophage, l'autre de sarcome de l'estomac et de l'intestin avec diarrhée chronique, sans antécédents alcooliques, a observé une cirrhose hépatique légère, présentant le type histologique décrit par Boix sous le nom de cirrhose dyspeptique; légère sclérose périlobulaire, tendant à devenir monocellulaire, avec néo-canalicules biliaires peu nombreux.

M. Cornil fait remarquer que le nombre des dyspeptiques qui n'ont pas de cirrhose du foie est considérable.

31 Mars 1899.

Cylindrome de la paupière inférieure. — MM. Druault et Milian présentent des préparations histologiques d'une petite tumeur de la paupière inférieure enlevée chirurgicalement chez une femme de soixante-douze ans. Cette tumeur offrait tous les caractères de l'épithélioma cutané; elle évoluait depuis deux ans, ulcérant le bord de la paupière, mais sans en dépasser les limites latérales. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire.

Les préparations montrent qu'il s'agit d'un cylindrome. Deux points histologiques à noter: 1° on voit parfaitement, en des régions différentes, la continuité de l'épithélium pavimenteux épidermique avec les boyaux épithéliaux de la tumeur; 2° les corps oviformes sont formés, les uns de tissu conjonctif fibreux, les autres de tissu conjonctif muqueux. Les colorations faites à la thionine, comme le conseillent MM. Brault et Decloux, montrent les corps oviformes fibreux colorés

en rouge vif; les corps oviformes muqueux ne présentent que quelques filets rougeâtres.

Adéno-fibrome du sein chez un jeune garçon. — MM. Milian et Ravanier montrent des préparations d'un adéno-fibrome du sein enlevé par M. Ravanier chez un enfant du sexe masculin âgé de quatorze ans et demi.

La tumeur, datant de huit mois, s'était développée sans cause appréciable, à part un vague traumatisme, et avait le volume d'un petit macaron. Mamelon prédominant; pas d'ulcération; pas d'écoulement par le mamelon; légère douleur à la pression forte; pas d'adénopathie axillaire.

On ne trouve dans la littérature médicale qu'un cas d'adéno-fibrome du sein chez l'homme, rapporté par Virchow. Velpeau a décrit chez le jeune homme, dans son *Traité des tumeurs du sein*, des indurations de la mamelle qui, au point de vue clinique, ressemblent assez à ce cas; mais il n'en existe pas d'examen histologique.

Volvulus anévrisme aortique thoraco-abdominal, sans hypertrophie de la ventricule gauche.

— M. Griffon apporte un très gros anévrisme cylindrique occupant la portion terminale de l'aorte descendante et la première portion de l'aorte abdominale, trouvé à l'autopsie d'un homme mort de péricardite purulente dans le service de M. Chauffard.

Le malade n'en avait jamais été incommodé; il n'a été souffrant que trois semaines avant de succomber à sa péricardite.

L'anévrisme faisait, du côté de l'abdomen, une saillie encadrée par la petite courbure de l'estomac; en haut, il soulevait fortement le cœur, repoussait en dehors le poulmon gauche, à la face interne duquel il adhérait intimement. Il avait rongé les corps vertébraux des quatre dernières dorsales, respectant les disques intervertébraux; l'orifice aortique du diaphragme était considérablement distendu; il avait cédé complètement et ne resserait aucunement la poche anévrismale.

Les caillots qui remplissaient la cavité ménageaient au centre un canal étroit pour le passage du sang. Le cœur n'avait pas ressenti le contre-coup d'une telle disposition: le ventricule gauche n'était nullement hypertrophié.

D'une discussion récente à la Société médico-chirurgicale de Londres, et de l'étude des observations présentées en ces dernières années à la Société anatomique, résulte cette règle formelle que l'anévrisme de l'aorte ne s'accompagne d'hypertrophie ventriculaire que dans les seuls cas où il y a, en plus, une lésion qui explique cette particularité: insuffisance aortique ou néphrite atrophique, par exemple.

Sarcome de la gaine du ganglion de Gasser. — M. Trenel a trouvé, à l'autopsie d'une mélancolique qui avait présenté de l'hémi-anesthésie faciale sans troubles trophiques, une petite tumeur au niveau du ganglion de Gasser, de structure sarcomateuse, respectant les cellules du ganglion. A une certaine distance, on rencontre, à la surface du cerveau, une seconde tumeur, qui a la constitution très nette du sarcome angioliémitique.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

16 Mars 1899.

De l'allaitement chez les albuminuriques. — MM. Budin et Chavane font remarquer que, dans la pratique, il est très important de savoir si les femmes qui ont eu de l'éclampsie et de l'albuminurie pendant la grossesse peuvent allaiter.

Dans sa thèse de 1888, Cassin avait conclu à la négative; mais Gamulin reprit la question en 1896, et montra que les femmes albuminuriques pouvaient sans difficulté nourrir leur enfant.

MM. Budin et Chavane ont pu, grâce à leur consultation des nourrissons, suivre depuis 1892 un grand nombre d'enfants de nourrices albuminuriques, successivement à la Charité, à la Maternité et à la clinique Tarnier.

Ils montrent des courbes attestant que les enfants ont progressé normalement pendant toute la première année. Le plus habituellement, les femmes ont guéri rapidement de leur albuminurie.

Chez quelques-unes, cependant, l'albumine a persisté dans l'urine pendant plusieurs mois; mais elle a fini par disparaître sans que l'allaitement ait été interrompu.

On ne doit donc plus dire aujourd'hui que l'albumine même en quantité considérable, ou l'albuminurie compliquée d'éclampsie, constituent une contre-indication à l'allaitement maternel.

M. Maygrier se demande si, chez les brightiques avérées, on doit autoriser l'allaitement.

M. Boissard se pose la question de savoir si l'albuminurie ne dure pas plus longtemps par le seul fait de l'allaitement.

M. Bonnaire demande combien de temps après l'éclampsie on peut mettre un enfant au sein de sa mère.

M. Budin répond que, pour ce qui est du brightisme, il y a des réserves à faire, et que l'enfant ne doit être mis au sein d'une mère éclampsique que cinq ou six jours au moins après la cessation des attaques.

Présentation d'un placenta avec fœtus extra-anniotique. — M. Maygrier fait remarquer d'abord

que les fœtus extra-membranés ne doivent pas être extrêmement rares, puisqu'en peu de temps on vient d'en réunir 4 observations.

Le cas dont il s'agit ici a trait à un fœtus expulsé par avortement après rupture des membranes, la cause de cette rupture n'ayant pu être fixée.

L'examen du placenta a montré qu'il n'y avait qu'une seule membrane insérée sur le pourtour du placenta. La poche amniotique était très réduite, et ne pouvait évidemment contenir le fœtus, puisque celui-ci cubait 170 centimètres cubes, alors que la poche amniotique n'en mesurait que 50.

M. Bar insiste sur cette particularité, que ce placenta n'est pas bordé, alors que cette particularité a été observée dans tous les cas de fœtus extra-membranés.

Etude des échanges nutritifs azotés et minéraux chez un nourrisson de deux mois. — MM. Michel et Perret ont mesuré les ingesta (lait de nourrice) et les excréta (urine et fèces) chez un nourrisson bien portant, âgé de douze semaines, qui avait pesé 3.040 gr. au moment de sa naissance, et qui, au moment du début de l'expérimentation pesait 4.725 grammes.

La durée de l'observation fut exactement de trois jours, pendant lesquels l'enfant prit 2.730 centimètres cubes de lait, et élimina 1.820 centimètres cubes d'urine et 75 gr. 03 de fèces qui, après dessiccation, pesaient 9 gr. 52.

Ce qui distingue surtout ce travail de tous ceux qui ont été faits sur ce même sujet, c'est que la mesure des ingesta a été effectuée avec la plus grande exactitude.

La nourrice, qui avait du lait en abondance, tirait en effet tout son lait avant de le donner au nourrisson.

A chaque repas, il était prélevé, pour l'analyse, 1/10^e du volume total de ce lait.

Les fèces furent recueillies sur une toile en caoutchouc, et les urines dans un appareil très perfectionné, imaginé par Eudlitz.

Les résultats trouvés par MM. Michel et Perret furent les suivants:

L'organisme du nourrisson fixa chaque jour, pour l'édification de sa substance nouvelle, les matériaux suivants: 784 grammes d'azote, 526 grammes de sels minéraux (dont 0 gr. 149 de chaux), 0 gr. 121 d'acide phosphorique, 0 gr. 069 de chlore, enfin 5 grammes d'albumine.

Il avait augmenté de 18 gr. 66 par jour, et consommé en moyenne une quantité d'aliments correspondant à 108 calories par jour et par kilogramme.

De l'infection amniotique avant la rupture des membranes. — M. Lehmann. Il est actuellement admis que l'œuf peut s'infecter de deux manières:

1° D'une part, après la rupture prématurée des membranes, soit par les microbes venus du vagin, et suivant la voie ascendante; soit par des microorganismes apportés directement dans l'œuf ouvert par le doigt de l'opérateur ou par les instruments;

2° L'œuf étant encore fermé, dans le cours d'une infection généralisée de la mère, d'une gravité ou d'une durée plus ou moins longue. Dans ce cas, l'infection du liquide amniotique est secondaire à l'infection fœtale.

L'auteur rapporte deux observations, dont l'une personnelle, dans lesquelles, chez des femmes saines, à terme, à la rupture des membranes, le fœtus souffrait comme le montraient les bruits du cœur, considérablement ralentis, le liquide amniotique fut trouvé horriblement fétide, putride. D'après l'auteur, on ne peut s'expliquer que par la pénétration des microorganismes dans la cavité amniotique cette infection de l'œuf intact.

L'auteur ne propose, pour le moment, aucune hypothèse personnelle. Il se contente de rapprocher de ces observations d'attente une discussion qui eut lieu en 1881, à l'Académie de médecine, entre MM. Blot et Colin (d'Alfort). Ce dernier prétendait avoir vu des annexes fœtales et le fœtus lui-même putréfié, dans l'œuf complet, chez des femmes multipares.

M. Maygrier. Cette observation bouleverse tout ce que nous savons sur cette question. On ne peut la discuter que lorsque d'autres faits analogues auront été constatés.

Accouchement au début du neuvième mois provoqué dans un cas de double luxation de la hanche et bassin rachitique. — M. Planchon présente la radiographie d'un bassin de femme rachitique atteinte de luxation congénitale double de la hanche, et qui vient d'accoucher pour la troisième fois à la clinique Tarnier.

La première grossesse s'est terminée par l'accouchement spontané d'un enfant, qui se présentait par le siège et est mort pendant le travail.

Cette femme, voulant absolument avoir un enfant vivant, vint à la Charité dans le service de M. Budin, étant enceinte pour la seconde fois, dans l'espoir d'y subir la symphysectomie.

On constate alors, chez elle, que le diamètre transverse du bassin mesure 9 cent. 75 et que le diamètre promonto-sous-pubien est de 11 centimètres.

La malade entra prématurément en travail au commencement du neuvième mois et accoucha spontanément d'un enfant vivant du poids de 2.500 grammes.

On voit sur la radiographie que ce bassin est généralement rétréci; que les têtes fémorales sont très déplacées, et qu'il y a un redressement des lignes innominées.

L'accouchement fut provoqué par M. Budin au commencement du neuvième mois et se termina par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant du poids de 2,700 grammes.

Enfant présentant des malformations multiples: spina bifida, scoliose, asymétrie pelvienne, division du voile du palais, et ayant vécu quatre jours et demi. — MM. Bouchacourt et Dubrisay montrent un moulage en cire, la radiographie de la pièce fraîche, et la pièce sèche de cette enfant qui est née à terme à la clinique Tarnier.

Aucune malformation n'a été relevée ni du côté du placenta ni du côté des membranes; il n'y avait pas trace de brides amniotiques. La mère ne présentait aucun signe de syphilis.

Le spina bifida intéressait toute la région de la colonne vertébrale située au-dessous de la dixième vertèbre lombaire et le sacrum tout entier.

Le membre inférieur droit paraissait plus court que le gauche; mais, en réalité, ils étaient de même longueur, et les rapports entre le segment gauche et le segment fémoro-iliaque étaient conservés.

On dut donc abandonner l'idée de luxation congénitale de la hanche droite, pour expliquer la déviation en totalité de la ceinture pelvienne, dont la partie droite semblait pour ainsi dire soulevée.

A l'autopsie, on vit nettement que cette asymétrie pelvienne était due à une scoliose dorsale à convexité dirigée à droite, compensée par une scoliose lombosacrée à convexité dirigée à gauche.

La brèche formée par le spina bifida était considérable en hauteur et en largeur.

L'asymétrie pelvienne était constituée par un développement inégal des deux os iliaques et par le refoulement en dedans de l'ischion droit.

Les lignes innominées étaient invisibles, même sur la pièce sèche.

La crête iliaque droite était notablement plus élevée que la gauche.

Le promontoire était beaucoup plus rapproché de l'os iliaque gauche que du droit.

Si on compare la pièce sèche à la radiographie de la pièce fraîche, on voit que la forme en entonnoir du bassin nouveau-né est augmentée par la dessiccation des tissus oséo-cartilagineux.

Il sera bon de reprendre, à l'aide des rayons de Röntgen, l'étude de la configuration intérieure de ce que Litzmann a appelé l'ébauche initiale du bassin.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

13 Mars 1899.

Suppléance fonctionnelle d'un organe malade par un organe sain. — M. Pecker. Il s'agit d'un malade de cinquante-huit ans, qui a eu une scarlatine à dix-neuf ans, une sciatique à quarante ans. Depuis dix-huit ans, il toussait tous les hivers et est oppressé. Une diarrhée, survenue il y a un an, fit cesser l'oppression.

A l'examen de ce malade, qui est d'origine alcoolique et alcoolique lui-même, on constate que le foie paraît légèrement atrophie; le réseau veineux sous-cutané du flanc droit est bien dessiné, mais pas d'ascite, ni albumine ni sucre. Le diagnostic fut cirrhose atrophique du foie. Comme traitement: iodure de potassium, benzo-naphthol, tannin, salicylate de bismuth. Les selles deviennent moins liquides et moins caustiques.

En Octobre 1898, à la suite d'un court voyage en chemin de fer, le malade éprouve des sensations de froid aux pieds et aux reins, et des douleurs atroces dans la région rénale gauche, avec irradiations le long de l'urètre et au testicule. Cette douleur est intermittente et s'accompagne de vomissements. Dans la nuit, frissons avec claquement de dents. Le rein est augmenté de volume. La quantité d'urine est de 2 à 300 grammes en vingt-quatre heures. Traces d'albumine. Température 38 à 38°. Le diagnostic porté est hydronéphrose, mais, après consultation avec M. Schwartz, on s'en tint au diagnostic de cirrhose hépatique avec congestion rénale. Malgré un traitement rationnel, les urines n'augmentèrent pas, il y eut production d'ascite, qui nécessita deux ponctions. Le malade finit par succomber.

Cette observation montre que la vie peut se maintenir tant que les organes de suppléance suffisent à leur tâche. Le malade supportait sa cirrhose tant que le rein suppléait le foie. Dès que le rein fut touché à son tour, l'organisme succomba dans la lutte.

On ne peut nier que le malade a eu de la diarrhée compensatrice. Il se réjouissait lui-même de cette fluxion intestinale, qui a fait disparaître son oppression pulmonaire. De plus les accidents rénaux sont survenus à la suite d'un refroidissement.

M. Gautrelet. Le flux intestinal peut tenir à l'hypertension artérielle.

M. Pecker a toujours trouvé de l'hypotension.

M. Berthod. Il me semble que le mot suppléance ne rend pas bien la pensée, et qu'il donne une sécurité trompeuse. La suppléance d'un organe par un autre peut s'observer, mais ne peut durer bien longtemps, car l'organe suppléant s'épuise. Ce serait, à mon avis, surmenage fonctionnel qu'il faudrait dire.

M. Verchère. Quand un organe est atteint, il est bien difficile de savoir quel est l'autre organe particulier qui lutte pour suppléer. Tous les organes restés sains luttent pour remplacer l'organe malade.

La clinique et les théories étiologiques et pathogéniques de la lithiase biliaire. — M. Bouloumié. L'infection des voies biliaires n'est pas la cause nécessaire ni la cause habituelle de la lithiase biliaire (non expérimentale), car dans 62 pour 100 des cas, L. Fournier n'a pas trouvé dans les calculs de bacilles vivants, et l'examen sur lamelles ne lui a pas montré de formes microbiennes. Les infections biliaires sont fréquentes surtout chez certaines catégories d'individus payant un large tribut à la fièvre typhoïde, à l'ictère catarrhal, aux entérites, etc., et chez eux la lithiase biliaire est très rare.

D'autre part la lithiase biliaire se montre fréquente chez les diathésiques gouteux et apparaît chez eux très fréquemment associée aux autres manifestations arthritiques de la diathèse.

Elle est fréquente chez la femme, chez laquelle, en outre des influences diathésiques, se font sentir des influences liées aux incidents physiologiques et pathologiques de la vie sexuelle, qui créent une opportunité morbide temporaire ou plus ou moins durable, analogue à celle que crée l'état diathésique.

La thérapeutique de la lithiase biliaire doit donc, à l'avenir comme par le passé, s'inspirer de l'observation et de l'interprétation rigoureuse des faits cliniques, plutôt que des découvertes du laboratoire, en tenant compte toutefois des données que fournissent celles-ci en ce qui concerne l'infection, ne serait-ce que pour éviter et combattre au besoin les complications qu'elle peut entraîner, et entraîne assez souvent en réalité.

27 Mars 1899.

A propos de la grippe régnante. — M. Paul Berthod. Convaincu que c'est la stagnation actuelle de la poussière dans l'atmosphère, stagnation favorisée par l'absence de vent et de pluie, et la suppression de l'arrosage des rues, qui, pour la grippe régnante comme pour les maladies respiratoires, d'ailleurs, est la cause principale, l'orateur propose à la Société, qui l'adopte, d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur ces faits, au point de vue:

- 1° De la réglementation des poussières et fumées;
- 2° De la reprise de l'arrosage, aussitôt que possible;
- 3° De la nécessité pour les endroits publics, et spécialement les théâtres, de supprimer les tapis, d'arroser, balayer et laver, si possible, avec des solutions antiseptiques étendues.

M. Moutier fait une communication sur les courants de haute fréquence, les récents progrès de l'électrothérapie, et donne les principales indications de ce traitement. Avec l'aide de M. Gaijffé et ses collaborateurs, il démontre le fonctionnement de ces appareils.

M. Depierris. Puisque les courants de haute fréquence produisent les mêmes effets que le sérum artificiel, M. Moutier a-t-il appliqué ces courants après les hémorragies graves? La quantité de liquide introduite par le sérum artificiel ne donne-t-elle pas de meilleurs résultats?

M. Moutier a beaucoup employé le sérum artificiel, mais il y a renoncé et l'a remplacé par les courants de haute fréquence. Il est démontré que, même avec une petite quantité de sérum, la pression artérielle est augmentée. Ce n'est donc pas par la quantité que le sérum agit, mais par une action excitante. Le même effet est obtenu par les courants de haute fréquence et cet effet est plus rapide et se maintient mieux.

M. Longbois lit un travail sur l'hygiène hospitalière à Joigny, du XII^e siècle à nos jours, et donne des détails intéressants sur l'installation du service chirurgical du nouvel Hôtel-Dieu.

DEPIERRIS.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Société de médecine interne de Berlin.

20 Mars 1899.

Erasement de la moelle. — M. Brasch a communiqué l'observation d'une jeune fille qui, en tombant d'une fenêtre, s'était fracturée la 4^e vertèbre dorsale. Immédiatement après l'accident, il est survenu une paralysie flasque avec abolition de tous les réflexes, sauf celui que détermine la piqure de la plante du pied.

La malade ayant succombé six mois après l'accident, on trouva à l'autopsie une dégénérescence considérable des fibres intra-médullaires des racines antérieures et une dégénérescence du nerf crural.

Affections de l'appareil respiratoire dans la fièvre typhoïde. — M. Furbringer, revenant sur la communication de M. Fraenkel, insiste sur la rareté et la bénignité de l'empyème survenant au cours de la fièvre typhoïde. Sur 2050 typhiques qui ont passé dans son service, il a observé seulement 8 fois des épanchements

appréciables de la plèvre, lesquels épanchements étaient 3 fois de nature séreuse, 1 fois de nature hémorragique et 4 fois de nature purulente. Deux de ces pleurésies purulentes ont guéri spontanément, bien que dans un de ces cas, l'on ait eu à compter avec une infection streptococcique secondaire.

Par contre, les abcès et la gangrène des poumons, dont M. Fraenkel n'a pas parlé, ont été observés par M. Furbringer dans une dizaine de cas. Il est vrai que dans tous ces cas, le diagnostic a été fait seulement à l'autopsie.

M. Fraenkel n'a jamais constaté de symptômes de suppuration ou de gangrène pulmonaires pendant la vie, mais plusieurs fois il a trouvé des lésions à l'autopsie. Ce sont généralement des pneumonies par aspiration de parcelles alimentaires.

Athrepsie des nourrissons. — M. A. Baginsky a étudié les lésions de l'intestin chez un grand nombre de nourrissons ayant succombé à l'athrepsie. Sur des pièces prises quelques heures après la mort, il a trouvé des lésions inflammatoires ou une atrophie des glandes de Lieberkühn.

ILES BRITANNIQUES

Société obstétricale de Londres.

1^{er} Mars 1899.

Cancer de la trompe. — M. Roberts relate l'observation d'une femme de soixante ans. Pas d'antécédents abdominaux, pas d'accouchements. Ménopause à cinquante ans. Depuis un an, la malade a, de temps à autre, des pertes sanguinolentes. Ce n'est qu'un mois avant l'opération qu'on note la présence d'une tumeur située derrière l'utérus et sur son flanc gauche: on fait le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire. Il s'agissait, en réalité, d'un cancer de la trompe; l'ovaire était kystique. Les annexes de l'autre côté étaient saines. Il ne semblait pas y avoir de propagation. La malade se remit parfaitement de l'opération, mais un examen récent a démontré qu'une récurrence s'est produite.

Société médicale de Liverpool.

23 Février 1899.

Cancer de la vésicule biliaire et lithiase. — M. Paul a pratiqué une cholécystectomie pour cancer de la vésicule compliqué de lithiase; le fond de la vésicule était envahi par un carcinome villos, qu'on enleva avec la moitié supérieure de l'organe ainsi que treize calculs. La guérison se fit rapidement; mais, deux mois après, le malade succombait à une hypertrophie du foie, que, apparemment, non à une récurrence du cancer, mais plutôt à une hépatite déterminée par des calculs.

Myosite ossifiante. — M. Jones présente un jeune homme de seize ans, qui était venu consulter à cause de la gêne considérable qu'il éprouvait dans la flexion du genou. Cette gêne était due à une masse dure siégeant vers la partie moyenne de la cuisse et s'opposant, en partie, à l'action des muscles fléchisseurs. On découvrit des masses analogues sur la face interne de la branche droite de la mâchoire, et au-dessous de l'olécrane droit. Il y avait, en outre, un épaississement notable du tendon rotulien à droite. Le dos du malade offrait un aspect particulier: de la 5^e dorsale à la 4^e lombaire, les apophyses épineuses étaient réunies par une crête cartilagineuse ou osseuse qui se bifurquait à son extrémité inférieure, les branches de bifurcation atteignant les crêtes iliaques. Au niveau de la 7^e dorsale, la crête médiane émettait deux branches transversales d'une longueur de 3 centimètres environ; le même phénomène se produisait au niveau de la 2^e lombaire; les branches étaient mobiles. Ces différentes formations s'étaient manifestées consécutivement à des traumatismes, sauf celle de la mâchoire dont la cause est inconnue.

RUSSIE

Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Petersbourg.

10 Décembre 1898.

Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité dues à l'étroitesse du col. — M. S. Kolinovsky. Dans 100 cas de col conique avec orifice interne rétréci, s'accompagnant de dysménorrhée et provoquant la stérilité, j'ai eu recours au traitement suivant: après avoir dilaté le col par l'emploi de bougies d'Hegar jusqu'au n° 4 ou 5, je fais des incisions étoilées de l'orifice interne, à une profondeur de un demi à 2 millimètres, puis je dilate de nouveau jusqu'à faire passer la bougie 9 ou 10. S'il y avait lieu, je fais, de plus le curettage. Si l'orifice externe était aussi rétréci, on le dilatait de chaque côté, et l'on badigeonnait avec de la teinture d'iode les lèvres de l'incision afin d'en empêcher la contraction.

Dans tous les cas ainsi traités on a eu raison de la dysménorrhée; en outre, vingt de ces cent malades sont plus tard devenues enceintes, malgré que la stérilité est

duré, jusque-là, trois ou quatre ans et même quinze ans.

M. V. Massene ne croit pas que la conicité du col provoque si fréquemment la dysménorrhée, car il a observé 100 cas de conicité sur environ 2.000 malades, ce qui ne correspond guère à la fréquence de la dysménorrhée.

Des septicémies post-puerpérales. — **M. K. Matzevsky** a fait une étude sur le traitement de ces septicémies. Les lavages antiseptiques intra-utérins sont certainement très efficaces, mais ils présentent quelquefois des suites fâcheuses, telles qu'empoisonnement par l'antiseptique, ou bien frisson et élévation thermique dues à la dilution et à la résorption des matières putrides. Pour éviter ce dernier inconvénient, l'auteur propose de procéder de la façon suivante. Après avoir nettoyé la cavité utérine avec des méch-à de gaze bien exprimée, on l'aseptise pendant 3 à 10 secondes avec du sublimé (en solution usuelle) et on enlève l'excès de liquide avec de la gaze. Cette pratique a été appliquée avec succès dans 40 cas.

Symphyséctomie sous-cutanée. — **M. Dolnisky** présente une jeune femme à laquelle on a pratiqué une symphyséctomie sous-cutanée. La parturiente, âgée de vingt-neuf ans, multipare, mettait toujours au monde des enfants mort-nés; elle est venue au terme de sa gestation actuelle, demander une intervention chirurgicale qui lui permettrait d'accoucher d'un enfant vivant.

La section sous-cutanée de la symphyse a donné un écartement de 5 centimètres; mais elle a provoqué une hémorragie assez abondante. On appliqua ensuite les forceps. Après l'accouchement, on n'a pas suturé le pubis mais on a maintenu les os à l'aide d'un bandage d'abord, de bandes de tarlatane ensuite. La malade s'est levée quatre semaines après l'opération; actuellement, il y a encore un écartement des os du pubis de 5 centimètres, au niveau de la face antérieure de ces os. La démarche est déhanchée.

17 Décembre 1898.

Etranglement interne consécutif à une salpingectomie. — **M. V. Vasténé** a présenté une femme de trente-quatre ans, opérée d'abord pour une grossesse tubaire rompue; la trompe gauche, où était implanté l'œuf, a été enlevée. (L'opérateur a l'habitude de laisser tout le sang dans le péritoine.) Dix-huit mois plus tard, la malade entre à l'hôpital avec des phénomènes d'occlusion intestinale survenus brusquement. A l'ouverture de l'abdomen on constata que dans le petit bassin, le mégnon de la trompe enlevée adhérait à la paroi pelvienne en formant un cordon épais, sous lequel s'était étranglée une anse intestinale, placée comme dans un sac, dans le ligament large distendu. On sectionna le cordon (dans lequel on trouva deux fils de soie non modifiés), mais l'anse étranglée était tellement altérée qu'il fallut la réséquer tout entière avec son mésentère, sur une longueur de 73 centimètres. Application du bouton de Murphy, extrait le onzième jour par le rectum dilaté. Un an après, l'opérée a accouché à terme, après une grossesse absolument normale, d'un enfant parfaitement développé.

Grossesse ectopique. — **M. V. Vasténé.** Le même opérateur a montré deux pièces intéressantes de grossesse ectopique. Dans le premier, cas il s'agissait d'une grossesse interstitielle rompue; on a pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale. L'opérée a guéri. Dans le second cas, il y avait rupture d'une grossesse tubaire avec hémorragie abondante; la trompe droite, où s'était développée l'œuf, fut enlevée; le surlendemain, la caduque fut éliminée en totalité spontanément. L'auteur n'a observé que trois fois, sur 150 cas, cette élimination de la caduque en totalité.

Société de pédiatrie de Saint-Petersbourg.

21 Décembre 1898.

Cas de chorée molle. — **M. N. Schepovalvickoff** a décrit un cas par lui observé de chorée paralytique. Il s'agit d'une fillette de neuf ans, d'abord frappée de polyarthrite rhumatismale; puis celle-ci se compliqua de chorée; il y avait en outre endocardite. Huit jours après, lorsque la température revint à la normale et que les mouvements choréiques diminuèrent, se montra la parésie puis paralysie du bras droit, puis de la jambe droite; la force dynamométrique y était très diminuée, les réflexes rotuliens étaient abolis; en outre, l'excitabilité électrofaradique était affaiblie dans les deux membres inférieurs. Notons enfin que durant deux jours, il y avait aphasie complète et paralysie du voile du palais. La paralysie a cédé au traitement.

Il faut noter que cette fillette, enfant d'alcooliques, avait un dermatographe très marqué.

M. Rauchfuss croit que la chorée peut se compliquer de troubles hystériques.

Hystérie chez deux enfants de quatre et de sept ans. — **M. Goudobina** a relaté l'observation de deux enfants, frère et sœur, amenés à l'hôpital pour des attaques d'hystérie. L'affection se montra d'abord chez la fillette de sept ans à la suite de la grippe; à l'hôpital, elle avait de quinze à soixante attaques par jour. La catalepsie durait parfois quarante minutes. Chez son

frère, les accès étaient les mêmes, quoique moins intenses. Pas d'héminthoses. Pas d'albuminurie, ni de glucosurie. Le cas est surtout intéressant par le très jeune âge des malades.

Société des médecins de la Faculté de Kazan.

7 Décembre 1898.

Endémies de goitre et de crétinisme. — **M. M. Kondratzky** a visité les gouvernements de Perm et d'Oufa, où règne endémiquement le crétinisme et le goitre. Il a, en outre, constaté le développement excessif de ces affections dans le gouvernement de Kazan. Les goitreux y sont très souvent des stériles; ou bien, lorsqu'ils engendrent, leurs descendants sont des sourds-muets, des muets ou des déments et des imbeciles. Le crétinisme, très prononcé, s'accompagne souvent de diverses malformations osseuses et d'autres manifestations de dégénérescence. Le rapporteur a, en outre, rappelé le foyer endémique de goitre et de crétinisme signalé par Kachine à l'embouchure de la Léna, l'endémie de goitre seul dans le gouvernement de Perm signalée par Petouhoff et celui du gouvernement d'Olonetz décrit par Oljekopp. Les recherches de M. Kondratzky démontrent que, dans la Russie orientale, le goitre et le crétinisme font des ravages non seulement parmi les peuplades indigènes, mais aussi parmi les Russes.

En terminant son rapport, l'auteur a insisté sur la nécessité des mesures énergiques et de l'étude approfondie de ces endémies. Cette proposition a été acceptée par les autres membres et une commission spéciale sera chargée de l'étude la plus large des conditions de propagation, des rapports de l'endémie avec les autres maladies et avec les conditions géographiques, hydrologiques, etc.

Société médicale de Kieff.

10 Décembre 1899.

Ectopie du testicule sous la peau de l'aîne. — **M. A. Galina** a observé 3 cas de cette variété rare d'ectopie.

Chez le premier malade, âgé de vingt et un ans, l'ectopie du testicule droit semble être congénitale; elle s'accompagne d'hydrocèle. La tumeur, dont le grand axe est parallèle à l'arcade de Fallope, se déplace sous la peau, très loin, en haut et en bas; le testicule lui-même peut également être déplacé, mais son déplacement est douloureux. La tumeur est irréductible, mais le testicule ne l'est pas. Le cordon est épais. L'aponévrose du muscle oblique paraît intacte. Les orifices inguinaux externes des deux côtés ne laissent pas passer la phalangette.

Dans le second cas, l'ectopie, concernant également le testicule droit, paraît être d'origine traumatique et remonter à il y a sept ans. Le testicule peut être replacé dans les bourses, jusqu'au milieu de leur hauteur. Le cordon est épais et le testicule est atrophie. Il semble y avoir adhérence entre le testicule (ou entre le cordon) et la peau, au voisinage de l'orifice inguinal externe. Comme dans le cas précédent, l'ectopie s'accompagne d'hydrocèle.

Le troisième cas, enfin, également du côté droit, est, comme le premier, congénital; mais ici le déplacement est plus limité; en outre, la tumeur peut être complètement réduite, grâce à l'écartement des fibres de l'aponévrose sous-jacente, au-dessus de l'anneau inguinal externe; ce dernier paraît être fermé par une membrane. La paroi antérieure du canal inguinal est inégale. D'après ces trois cas, l'auteur conclut que l'ectopie sous-cutanée peut être de deux sortes: le testicule peut passer à travers la paroi antérieure du canal inguinal ou bien à travers l'orifice inguinal externe. Dans cette dernière variété, il y a hydrocèle et le liquide peut être réduit dans la cavité péritonéale; elle doit être considérée comme une anomalie dans la descente de l'organe.

Diagnostic entre le bacille du smegma et celui de la tuberculose. — **M. J. Notkine** relate l'observation d'une fillette traitée pour une bronchite chronique, et dans les urines de laquelle on trouvait des masses caséuses, des leucocytes, des hématies, des globules de pus, des cellules épithéliales et des bacilles isolés ou en amas. Ces bacilles ressemblaient absolument, par leur réaction colorante (coloration d'après Ziehl et Gobet) à ceux de la tuberculose; cependant, on n'en a pas trouvé dans les crachats, et d'autre part, rien n'autorisait l'hypothèse d'une affection tuberculeuse. L'examen plus attentif des préparations bactérioscopiques, fait par M. Martzinsky, démontra qu'il s'agissait, non pas de bacilles de Koch, mais de bacilles du smegma; en effet, en examinant la vulve, on y trouvait du smegma et des lésions de vaginite.

Ce cas démontre que la coloration d'après Ziehl, Nielsen et Gobet peut prêter à confusion et est insuffisante; aussi vaut-il mieux recourir, dans les cas douteux, aux procédés de coloration recommandés par Pappenheim et par Martzinsky.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la péricardite sèche.

L'indication première est de combattre la phlegmasie. Avec M. Déléarde (de Lille), on peut conseiller, dans ce but, les applications répétées de teinture d'iode ou de ouate iodée, les ventouses sèches ou mieux encore scarifiées, les vésicatoires volants de petites dimensions (2 centimètres sur 2 centimètres), en employant les moyens recommandés pour éviter les accidents d'intoxication cantharidienne. On peut encore avoir recours à la vessie de glace, qui, ordinairement, diminue l'angoisse et calme l'éréthisme cardiaque; comme toujours, il faut avoir soin d'interposer un linge de flanelle entre la paroi thoracique et la vessie de glace, et de renouveler la glace dès qu'elle est fondue.

Lorsque le myocarde semble fléchir, ce que l'on constate au nombre et à la force des pulsations, on doit donner de la digitale sous forme d'infusion ou de macération. L'infusion se formule de la façon suivante:

Poudre de feuilles de digitale. 20 à 60 centig.
Eau chaude à 70° 120 grammes.
Faire infuser pendant une demi-heure; filtrer et ajouter:
Sirop de digitale. 30 grammes.
A prendre dans les vingt-quatre heures.

Pour la macération, on peut employer la formule de Huclard:

Poudre de feuilles de digitale. 30 à 40 centig.
Eau froide. 120 à 150 grammes.
Faire macérer pendant vingt-quatre heures et filtrer.
A prendre dans les vingt-quatre heures.

La macération ayant une saveur désagréable, on peut l'édulcorer en y ajoutant des tranches de citron ou du jus de ce fruit au moment de boire.

Contre la douleur quelquefois angoissante qui accompagne la péricardite, le salicylate de soude, l'opium sous toutes ses formes, sont excellents; toutefois, ce dernier médicament ne doit être employé que si le cœur a conservé toute son énergie.

S'il s'agit d'une simple gêne douloureuse plutôt que de douleur proprement dite, le stypage au chlorure de méthyle, les révulsifs ou les onctions locales avec les liniments belladonnés ou chloroformés seront suffisants.

La technique des injections de sérum anti-diphthérique.

La question de dose est à peu près uniformément réglée. Au-dessus de deux ans, la première injection est de 20 centimètres cubes; au-dessous de cet âge, on se contente généralement de 10 centimètres cubes, sauf dans les cas graves. Au-dessus de quatre ou cinq ans, on peut injecter 30 à 40 centimètres cubes suivant la gravité du cas.

Ces doses suffisent le plus souvent; cependant, si au bout de vingt-quatre heures la fièvre n'est pas tombée et si elle ne tient pas à quelques complications, on doit faire une deuxième injection. Si au bout de trois ou quatre jours les fausses membranes existaient encore, c'est qu'il s'agirait d'une diphthérie associée; néanmoins on devra renouveler encore l'injection.

L'injection elle-même, pour qu'elle soit sans inconvénient, doit être faite, suivant M. Sevestre, de la façon suivante.

Comme instrumentation, la seringue de Roux est ce qu'il y a de meilleur. Sa stérilisation, avant l'injection, peut se faire dans une casserole vulgaire dont le fond doit être assez large pour que la seringue y tienne, le piston légèrement tiré et le couvercle supérieur dévissé pour que l'eau puisse y pénétrer. On y joint l'ajustage et l'aiguille, et on fait bouillir le tout, en chauffant progressivement pour ne pas briser le verre.

La seringue une fois stérilisée et refroidie, le médecin, après s'être longuement savonné les mains, lave la région où sera faite l'injection, avec du coton hydrophile trempé dans une solution de sublimé au millième, lequel lavage peut être complété avec de l'éther ou de l'alcool. Le point d'élection pour la piqûre est la région du flanc, un peu au-dessous des fausses-côtes. Une bonne règle à suivre est d'adopter un côté, toujours le même, pour la première

injection, de sorte que s'il faut la renouveler, on ne court pas le risque de la faire dans le même point, si on ne se rappelle pas exactement où elle a été faite la première fois.

Le sérum, qui doit être transparent, est puisé directement dans le flacon au moyen de l'ajutage en caoutchouc; puis, l'air étant chassé de la seringue, la piqûre est pratiquée dans un pli fait à la peau, et le liquide poussé doucement dans le tissu cellulaire, ce qui donne lieu à une grosse masse plus ou moins arrondie qui ne tarde pas à disparaître d'elle-même par la diffusion du liquide et qu'il est inutile de malaxer. L'aiguille est enlevée ensuite d'un mouvement brusque et on met sur le point de la piqûre un tampon de coton hydrophile.

Aussitôt après l'injection, il faut procéder au lavage de la seringue à l'eau froide d'abord, pour éviter la coagulation du sérum, puis à l'eau chaude. Si cette opération n'était pas faite aussitôt, elle risquerait ou d'être oubliée ou d'être beaucoup plus difficile plus tard.

LIVRES NOUVEAUX

P. Triaire. — *Récamiar et ses contemporains*, 1899. (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs).

Né en 1774, Récamiar mourut en 1832 : il y a presque cinquante ans.

Combien nés à la vie ou à la science depuis cette époque croient que l'hystérectomie vaginale date d'hier, alors que Récamiar, en ayant fixé les règles onze ans auparavant, la pratiquait avec succès dès 1820! Combien parmi nous se laisseraient dire, presque sans protester, que le spéculum et la curette utérine, que le curetage et l'hystérectomie, que la dilatation digitale de l'anus, que la balnéation froide dans les maladies fébriles nous viennent de l'étranger, alors que toutes ces découvertes, dues à Récamiar, sont bien françaises, et datent de cette remarquable époque de renaissance médicale, où Laënnec inventait l'auscultation, où Bretonneau décrivait la diphtérie et la dithérientérie, où naissait l'anatomie pathologique, où la science médicale française brillait d'un éclat incomparable, qui n'a fait que s'accroître avec le glorieux Pasteur!

L'histoire de Récamiar, c'est l'histoire de la médecine à l'époque révolutionnaire; c'est aussi l'histoire médicale de la première moitié de ce siècle.

Nous devons savoir gré à M. P. Triaire d'avoir fait revivre la grande image de Récamiar, médecin et chirurgien tout ensemble, inventeur aussi bien en médecine qu'en chirurgie, devançant son époque de soixante ans, et ayant lutté en vain pour faire admettre ses idées; à ce point que, de nos jours seulement, son hystérectomie vaginale et son curetage utérin deviennent opérations courantes.

Avec Récamiar, M. P. Triaire nous fait connaître ses maîtres et ses contemporains; il nous fait assister à la suppression et à la reconstitution de la Faculté, aux jours de gloire et aux vicissitudes de nos grandes sociétés savantes.

Il n'est pas jusqu'aux théories philosophiques médicales qui ne soient tracées de main de maître dans le livre de M. Triaire. Il étudie le vitalisme à travers les siècles, depuis l'animisme matériéliste d'Hippocrate et de Galien jusqu'au néo-vitalisme contemporain, en passant par les doctrines de Récamiar, un fervent vitaliste. Les doctrines rivales : matérialisme, organicisme, positivisme, déterminisme, trouvent également leur place dans cette savante étude, histoire des hommes et histoire des doctrines.

M. P. Triaire, en nous donnant Bretonneau et ses correspondants, nous avait fait vivre dans l'intimité d'un grand nombre de médecins célèbres du commencement de ce siècle.

Dans Récamiar, nous retrouvons quelques-uns des personnages déjà connus de nous; nous en coudoyons beaucoup d'autres, et aucun des grands médecins de la première moitié du XIX^e siècle ne nous reste étranger. Les deux livres de M. P. Triaire se complètent ainsi l'un l'autre.

Souhaitons que notre confrère, au milieu des labeurs d'une vaste clientèle, n'abandonne pas sa plume d'historien, mais que, prenant quelque grande figure de ces quarante dernières années, il nous expose, avec toute le talent dont il a le secret, l'histoire de la médecine de la moitié de ce siècle.

E. CHAUMIER.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Société médico-chirurgicale. — Séance du 10 Avril 1899. Rapport de MM. Monnier et Boursier sur la candidature de M. Jacomet au titre de membre associé. — M. de Molènes : Hérité syphilitique à long terme. — M. Bloch : Antiseptie des injections mercurielles. —

M. Berthod : Pathogénie et traitement de l'éclampsie. — M. Gautrelet : Les égols (nouveaux antiseptiques). — M. Groussin : Application du spéculum au lit de la malade.

La Ville et l'Université de Paris. — Dans sa séance du 24 Mars, le Conseil municipal a reçu communication du rapport de sa commission, chargée d'examiner la question relative aux relations de la Ville et de l'Université de Paris.

Conformément aux conclusions du rapporteur, M. André Lefèvre, une subvention de 6.133 francs a été allouée à l'Université de Paris; première subvention à la Bibliothèque de la Faculté de médecine, pour abonnements à des périodiques français et étrangers, 1.000 francs; deuxième subvention pour une chaire de clinique gynécologique (à ouvrir le 1^{er} Novembre), 2.566 fr. 66; troisième subvention pour une chaire de clinique chirurgicale des enfants (à ouvrir le 1^{er} Novembre), 2.566 fr. 66.

Dans la discussion qui a précédé le vote, M. Ambré Rendu s'est inquiété de la tendance qui lui paraît mauvaise; l'Université est un organisme d'Etat auquel incombent les dépenses de l'enseignement supérieur; la ville de Paris ne devrait intervenir que pour améliorer les services extérieurs ou le matériel de l'enseignement en question.

Le rapporteur a répondu en protestant contre toute intention du Conseil d'imposer aux professeurs une discipline politique quelconque. Il a fait voir qu'une municipalité et une Université peuvent vivre en bonne harmonie, en donnant pour exemple l'Université d'Edimbourg dont les professeurs sont nommés par la municipalité.

M. J. Labusquière a vivement appuyé les conclusions du rapporteur. Toutefois ses préférences auraient été de voir créer, à la Faculté de médecine, des chaires d'une œuvre plus générale. Il a fait voter un article additionnel portant qu'en cas de vacance des chaires créées par la ville, le conseil municipal soit consulté sur leur maintien ou leur transformation.

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français. — Les diverses réunions concernant la Caisse des Pensions auront lieu, pour l'année 1899, au Siège social, 22, place Saint-Georges.

Réunion du Comité directeur : samedi 8 Avril, à 5 heures très précises.

Réunion du Conseil des censeurs : samedi 8 Avril, à 6 heures très précises.

Assemblée générale des participants : dimanche 9 Avril, à 9 h. 1/2 du matin.

Monument au docteur Jean Hameau (de La Teste, Gironde). — Un modeste médecin de campagne, M. Jean Hameau, né en 1779, mort en 1831, a été dans ces dernières années officiellement reconnu comme ayant, près de quarante ans avant Pasteur, découvert et appliqué les principes de la théorie microbienne.

Les médecins de la Gironde, à la suite de la consécration des découvertes de M. Jean Hameau (de La Teste), publiquement faite par M. le professeur Grancher à la cérémonie d'inauguration de la statue de Pasteur, ont voulu élever un monument à la mémoire de leur compatriote.

Un Comité, à la tête duquel figurent des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, et la plupart des professeurs de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, a été chargé de vulgariser l'œuvre et de faire appel à tous ceux qui considèrent comme un devoir de perpétuer à travers les siècles le souvenir de leurs plus illustres compatriotes.

Les souscriptions au monument Jean Hameau peuvent être adressées au trésorier du Comité d'exécution, M. Horigon, 10, rue d'Enghien, à Bordeaux.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 12^e semaine, 1.344 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (1.295), et à la moyenne ordinaire des semaines de Mars (1.057).

L'excès des décès actuels sur la moyenne, qui était pour la semaine dernière de 238, s'élève donc pour la 12^e semaine à 284. La grippe, sous toutes ses formes, est la cause de cette augmentation. On admet généralement qu'une température douce est favorable à la guérison de cette maladie; on peut donc espérer que le beau temps amènera une diminution dans la mortalité.

De même que lors des précédentes épidémies de grippe, les maladies contagieuses n'ont été, ni pendant cette semaine, ni pendant la précédente, influencées par la maladie régnante. Il n'en est pas de même de celles qui suivent :

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 290 décès, au lieu de 271 pendant la semaine précédente, et au lieu de 167, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 81 décès (au lieu de 87 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 50), dont 61 sont dus à la congestion pulmonaire.

Il n'est pas douteux que l'excès des chiffres actuels sur les chiffres moyens (au total 154) ne représente des décès dus à la grippe; on voit que le plus souvent cette maladie présente les mêmes signes que la broncho-pneumonie, la pneumonie et la congestion pulmonaire.

En outre, 45 décès ont été attribués à la grippe ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippale, bronchite grippale, etc.).

La fièvre typhoïde a causé 14 décès (au lieu de 17 pendant la semaine précédente). La rougeole a causé 25 décès; la scarlatine, 4; la diphtérie, 10; ces chiffres sont voisins de la moyenne. La coqueluche, assez fréquente depuis le commencement de l'année, a causé 15 décès (au lieu de 17 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6). Il n'y a pas eu de décès par variole.

Étranger.

M. von Esmarch, professeur d'hygiène à Königsberg, fils du célèbre chirurgien, est appelé à l'Université de Göttingue.

Un comité composé de MM. von Bergmann (de Berlin), von Bruns (de Tübingue) et Mikulicz (de Breslau), a décidé de publier, avec la collaboration de tous les chirurgiens en renom d'Allemagne, un grand manuel de chirurgie pratique.

M. Charles Kunn est nommé privat-docent d'ophtalmologie à l'Université de Vienne.

Un institut Pasteur va être créé à Bruxelles, grâce au don d'un généreux philanthrope.

On annonce la mort de M. Tarnovsky, directeur de la Maternité, à Saint-Petersbourg.

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — *Cancer de l'utérus*. Broch. in-8^o raisin, de 112 pages; avec 42 figures. Prix : 2 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

A. Pousson. — *Précis des maladies des voies urinaires*. 1 vol. gr. in-18, de 848 pages, avec 206 figures, dont 25 en couleurs, cartonné à l'anglaise. Prix : 9 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

Gilbert Lasserre. — *Manuel de travaux pratiques de micrographie médicale*. 1 vol. in-8^o Jésus, de 96 pages, avec 24 planches en phototypie. Prix : 6 francs (SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES).

Répertoire thérapeutique

Depuis la découverte et l'utilisation thérapeutique de la créosote, les chimistes se sont efforcés d'en dissocier les éléments et d'en rechercher le principe actif. Par distillation de la créosote, on isole un corps nouveau, le gaiacol, que de nombreux praticiens préfèrent à la créosote brute en raison de l'unité chimique qu'on lui peut supposer. Néanmoins le gaiacol existe dans la créosote dans la proportion de 60 pour 100, et nombre d'observations permettent de lui attribuer une puissance germicide identique à celle de la créosote globale.

Pour obvier à la causticité du gaiacol, qui renferme, dans sa constitution, des produits phénoliques libres, il faut l'administrer sous forme d'éther.

MM. Ballard et Vedel ont uni le gaiacol à un radical oxygéné du phosphore, sous la forme d'un éther chimiquement défini, de formule précise, qui renferme 92,25 pour 100 de gaiacol et 7,75 pour 100 de phosphore directement assimilable. Ainsi 3 gr. 50 de gaiacophosphal répondent à 1 gramme de phosphate de chaux, et 2 gr. 50 à 1 gramme de ce phosphate.

Le gaiacophosphal se présente sous la forme de belles lamelles blanches, cristallisées, onctueuses au toucher; sa saveur est chaude, mais non toxique; il dégage une odeur aromatique beaucoup plus faible et infiniment moins désagréable que celle du gaiacol pur.

M. Vedel, qui a bien étudié la toxicité du gaiacophosphal, a dû injecter jusqu'à 16 gr. 60 de gaiacophosphal pour déterminer, chez le chien, des troubles mortels; une dose moindre ne provoquait pas d'accidents. Proportionnellement, il faudrait injecter à l'homme des doses considérables pour déterminer des effets toxiques.

M. Fonzes-Diacon, expérimentant sur lui-même l'élimination du gaiacophosphal, a retrouvé le tiers de ce produit dans les urines des vingt-quatre heures, le reste ayant été exhalé par la muqueuse pulmonaire.

L'absorption intégrale du gaiacophosphal était d'ailleurs évidente a priori, puisque c'est un éther qui est entièrement saponifié par les sucs pancréatique et intestinal et traverse l'estomac sans se décomposer.

Ce précieux avantage, qui permet de ne pas fatiguer l'estomac des tuberculeux, est encore aidé par la manière dont la maison Clin présente le gaiacophosphal.

Enrobé dans une enveloppe de gluten qui n'est attaquée que par le suc pancréatique, le gaiacophosphal n'est décomposé que dans l'intestin.

Les capsules Clin au gaiacophosphal contiennent 15 centigrammes de produit pur. On peut les prescrire à la dose quotidienne de 2 à 6 capsules.

I. FONZES-DIACON. — Thèse de Montpellier, 1897.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MATHIEUX, imprimeur 1, rue Cassette

Prix du Flacon :

4 fr. 50

ENVOI
d'Echantillons et Notices
sur demande

LE

SIROP ROCHE

permet le Traitement intensif
par le *Gaïacol Soluble* à haute dose
sans aucun inconvénient pour les Voies digestives

Une cuillerée à café représente
exactement 0 gr. 20 de Gaïacol
cristallisé en dissolution dans
du Sirop d'écorses d'orange.

LE SIROP ROCHE

est Préparé par

Ch. WEISS, Pharmacien de 1^{re} Classe
30, Boul^d Magenta, PARIS

VENTE EN GROS :

HERRMANN & BARRIÈRE
152, Rue Saint-Antoine, PARIS

PHTISIE PULMONAIRE

Bronchites Chroniques catarrhales

ENVOI

d'Echantillons et Notices
sur demande

Prix du Flacon :
4 fr. 50

BENZO-IODHYDRINE GRANULÉE de BRUEL

EST SUPÉRIEURE AUX IODURES ET AUX AUTRES PRODUITS IODÉS
Pas d'Enchiffrement, pas d'Iodisme, pas d'intolérance dans le traitement des Affections SYPHILITIKES,
de l'ATAXIE LOCOMOTRICE, de la GOUTTE, du RHUMATISME CHRONIQUE, de l'ASTHME, des Affections du
CŒUR et de la BRONCHITE CHRONIQUE. — Prix par Flacon : 5 francs (franco domicile). —
Gros: G. BRUEL, - Bécon-les-Bruyères (Seine) et MARCHAND, 13, Rue Grenier-Saint-Lazare à Paris.

COQUELUCHE, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES, ASTHME, INSOMNIE

NARCÉINE PURE DE GIGON (BROMHYDRATE)

SIROP de GIGON dose à 1 centigr. par cuillerée à bouche. GRANULES de GIGON dose à 0,005 milligramme-
Bose à 10 centigr. à 2 cuillerées à bouche. Enfants 4 à 5 cuillerées à café. Dose à 1 à 10 granules par jour par 2 granules par jour. A 15 granules.
La Narcéine, ainsi que l'ont démontré Claude Bernard, Béhier, Baboucau et autres célébrités médicales,
possède des propriétés calmantes, analogues à celles de la morphine et de la codéine, de plus elle est
mieux supportée, surtout chez les enfants et les personnes très impressionnables à l'action de
l'opium, elle ne produit ni pesanteur de tête, ni nausées, ni malaises.
Pharmacie GIGON, (de-devant 15, Rue Coquillière) 7, Rue Coq-Héron, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit
rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise
les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève
promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

TUMEURS - CANCERS TRAITEMENT PAR LE GUÉRISON

Granules de Catillon

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées
à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour
donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE

STROPHANTUS

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈME
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Tablettes de Catillon

à 0gr.25 de corps
THYROÏDE
Titre, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN



LE PLUS REMARQUABLE
AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.
Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE,
les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le
SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser
chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.
Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'in-
variable efficacité soit chose absolument jugée par 2 juge-
ments consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts
de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces 3 expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS :
Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par
de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.
L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite
éminemment favorable à l'assimilation.

SOLUTION BOURGUIGNON

REMPLECE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

EN CETTE SAISON la

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ au CHIMIQUE PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapie,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — **P. DESFOSSÉS**
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. •

SOMMAIRE

LA PRESSION OSMOTIQUE CHEZ LES ÊTRES VIVANTS; APPLICATIONS A LA MÉDECINE.
 par MM. H. VAQUEZ et F. BOUSQUET. 157

TRAITEMENT OPÉRAIRE DE LA MYOPIE PAR L'EXTRACTION DU CRISTALLIN TRANSPARENT, par M. A. TROUSSEAU (avec 1 figure en noir). 160

MÉDECINE PRATIQUE

L'élongation de la moelle chez les tabétiques, par M. JEAN LECLEERC. 161

ANALYSES

Bactériologie : Le streptocoque du cheval, par MM. ETTORI, CAPPELLI, et MICHÉLANGILO VIVALDI 163

Médecine expérimentale : Influence des diverses conditions de l'organisme sur l'intoxication diphtérique, par MM. VALAGUSSA et RANELLETTI. — Recherches expérimentales et bactériologiques sur la fièvre purpurale, par M. ARNOLDO CASSELLI 163

Chirurgie : Etude critique du traitement de la scoliose essentielle des adolescents, par M. A. PERRIER 164

Neurologie et psychiatrie : Un cas de toricosis mental, par M. F. P. SOUHO. — Contribution à l'étude de l'encéphalopathie saturnine et de son traitement par la saignée et les injections de sérum artificiel, par M. G. GOUIN. 164

Maladies des voies urinaires : Incontinence d'urine chez un syphilitique guéri par les injections de calomel, par MM. HERNANDEZ et DRAULLE 164

Sérothérapie, opothérapie : Etude sur la tuberculine T. R., par M. J. BOUINOL 164

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Algidité progressive des nouveau-nés, M. HERVIEUX; M. GUÉNIOT. — Combinaisons iodées du soufre, M. PRUNIER. 161

Société de thérapeutique : De l'emploi de la napelline pour calmer les souffrances de la démorphinisation, M. RODET. — De l'action préventive de l'eau chloroformée contre les accidents post-anesthésiques dus au chloroforme, M. WEBER. — De quelques considérations sur la constipation, M. BOVET; M. DUBOIS. — Du pain complet dans la constipation, M. CAMBESASSE, MM. BOVET, CAMBESASSE, BOVET, DEHOUCRAU, PORTES, CAMBESASSE. 161

PRATIQUE MÉDICALE

L'ipéca dans la dyspepsie avec insuffisance motrice de l'estomac. — La lotion excitante de l'hôpital Saint-Louis. — Préparations magistrales de phosphates de chaux 162

LIVRES NOUVEAUX

Tableaux synoptiques de diagnostic, par M. COUTANGE. — Cours de minéralogie, par M. J. GAUBE. 153

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 153

Voir les Nouvelles à la dernière page.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

4 Avril 1899.

Algidité progressive des nouveau-nés. — M. Hervieux, à l'appui des recherches de M. Budin sur l'abaissement de la température chez les débiles, communique à l'Académie le résultat des observations qu'il a recueillies, en 1895, sur cet état particulier qu'il désigne sous le nom d'*algidité progressive des nouveau-nés*.

Comme M. Budin, M. Hervieux a constaté, chez un certain nombre de nouveau-nés, un abaissement progressif de la température, mais il a reconnu en même temps une dépression progressive de la circulation et de la respiration, exactement comme Chossat, dans ses intéressantes expériences sur les petits animaux qu'il faisait périr d'inanition. Chez quelques-uns de ses nouveau-nés, M. Hervieux a vu le thermomètre descendre à 28, 26, et même 24, et le chiffre des pulsations à 68, une fois même à 40 par minute. Il est facile de comprendre la gravité de cet état morbide. Les onze sujets que M. Hervieux a observés dans ces conditions ont tous succombé. M. Budin n'a guère été plus heureux, puisque sur 142 enfants atteints de ce refroidissement progressif, 3 seulement ont survécu.

A l'époque où M. Hervieux a recueilli ses observations, on ne connaissait pas la couveuse. L'extrême gravité de l'algidité progressive impose aux établissements hospitaliers, comme à la clientèle civile, à la ville comme à la campagne, les plus grandes précautions, surtout dans les cas de faiblesse congénitale ou de naissance avant terme. Indépendamment des services que peut rendre la couveuse, on évitera le transport de l'enfant à des distances trop grandes, et, en général, toutes les causes de refroidissement.

M. Guéniot rappelle qu'il s'est déjà occupé autrefois du traitement de la débilité congénitale, et qu'il a déjà insisté sur les dangers de la réfrigération chez les enfants débiles.

Le traitement qu'il proposait était le même que celui de M. Hervieux. Il y ajoutait seulement le massage qui est le meilleur agent à utiliser contre la torpeur synopale. Le massage avait été préconisé déjà par Legroux

contre le sclérem. Pour le faire il faut démailloter l'enfant devant un bon feu; le massage doit être délicat pour éviter de blesser l'épiderme. Au massage il faut ajouter l'incubation artificielle, soit dans un berceau avec des boules d'eau chaude, soit dans une couveuse Tarnier; mais cette incubation doit être pratiquée avec de très grandes précautions, si l'on veut obtenir de bons résultats.

L'enfant doit être nourri très fréquemment, afin de se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques de la nutrition *in utero*.

Combinaison iodée du soufre. — M. Prunier. Il y a deux variétés de combinaisons du soufre et de l'iode: la première, dans laquelle l'iode est simplement dissout dans le soufre; la seconde est l'iodure de soufre où l'iode est combiné au soufre.

Les sulfures iodés s'obtiennent par dissolution réciproque: faire fondre le soufre en canon entre 115° et 120°, puis ajouter la quantité d'iode que l'on veut: la dissolution est complète en toutes proportions; le mélange cristallise par refroidissement.

L'iodure de soufre a été très souvent employé. Il résulte de la combinaison notable du soufre avec l'iode; cette combinaison se fait entre le soufre mou et l'iode dans la proportion d'un atome d'iode pour un atome de soufre.

Pour l'obtenir, on place dans un matras du soufre en canon; on chauffe à 250° pour dépasser l'état pâteux, puis on laisse refroidir lentement: le soufre se transforme en soufre mou. A 180°-200°, il faut ajouter l'iode, et on a l'iodure de soufre mélangé de soufre iodé. L'hyposulfite de soude joint à ce produit le débarrasse de l'iode dissout.

Le soufre iodé paraît plus actif, plus caustique, plus difficile à manier que l'iodure de soufre. Ce dernier produit a été expérimenté en petite quantité, mélangé avec du soufre précipité, débarrassé des sulfures d'hydrogène.

M. LABBE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

22 Mars 1899.

De l'emploi de la napelline pour calmer les souffrances de la démorphinisation. — M. RODET.

Quelle que soit la méthode que l'on adopte pour pratiquer la démorphinisation, que l'on emploie la suppression brusque, la suppression rapide ou la suppression lente, il arrive toujours un moment où le besoin de morphine se fait sentir d'une façon tellement impérieuse, qu'il faut intervenir sous peine de laisser le malade en proie à des souffrances atroces sans aucun profit pour l'issue du traitement.

Pour arriver à ce résultat, il faut administrer au malade une substance qui donne aux cellules cérébrales l'illusion de la morphine sans éréer dans l'organisme une accoutumance préjudiciable. C'est ainsi que tous les

CAPSULES COGNET
 Eucalyptol absolu iodoforme-crésoté.

BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

POUGUES TONI-DIGESTIVE

SAINTE-GALMIER BADOIT

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL

PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrenale, Thyroïdienne **MONCOUR**

dérivés de l'opium sont condamnés d'avance, parce qu'ils se bornent à substituer à l'habitude de la morphine une autre habitude, qu'il faut ensuite faire cesser de même que la première.

Contrairement à ceux qui prétendent que l'on doit opérer la suppression de la morphine sans se préoccuper des souffrances du patient, nous pensons qu'il y a lieu de les apaiser dans la plus large mesure possible, et même de les supprimer quand on le peut. Cette pratique a non seulement un but humanitaire sur lequel il est inutile d'insister, mais encore une portée sociale immense.

Pour arriver à ce but, j'ai expérimenté un grand nombre de substances, parmi lesquelles la napelline m'a donné les résultats les plus satisfaisants.

La napelline a été entrevue par Groves et par Hub-sezmann, mais elle n'a été réellement extraite et mise en évidence que par H. Dupresnel. On l'extrait des eaux-mères qui ont servi à la préparation de l'aconitine.

La napelline est soluble dans l'eau, à laquelle elle communique une saveur amère. Elle bleuit le papier de tournesol. Elle sature les acides pour former des sels. Elle est soluble également dans l'éther, et surtout dans le chloroforme. L'eau bromée donne un précipité, de même que l'ammoniaque.

Elle est insoluble à l'état basique dans le nitrate de soude. C'est sur cette propriété que repose sa méthode d'extraction.

L'action physiologique de la napelline a été étudiée par M. Laborde, qui a constaté que les effets étaient à peu près les mêmes que ceux de l'aconitine cristallisée, mais très atténués. Ils sont caractérisés surtout par de la somnolence, de l'incoordination des mouvements, une sorte d'ivresse.

La napelline exerce sur les cellules nerveuses une action sédative très marquée, qui se traduit par l'apaisement de l'excitation nerveuse et le sommeil. Cette sédation est réellement remarquable, car si l'on songe à quel degré d'agitation se trouve en proie un morphinomane qui est en état de besoin, et lorsqu'on assiste à l'apaisement si complet qui se produit sous l'influence du médicament, et cela au bout de très peu de temps après l'injection, il est impossible d'émettre un doute quelconque sur l'efficacité de la napelline dans ces circonstances.

Aussi, nous estimons que ce médicament rendra les plus grands services dans le traitement de démorphinisation.

La solution que nous employons est la suivante :

Napelline 1 gramme.
Eau stérilisée 50 grammes.

Nous insistons sur ce fait que, pour obtenir les effets que l'on recherche, il faut injecter d'emblée de 6 à 10 centigrammes du médicament, c'est-à-dire de 3 à 5 centimètres cubes de la solution précédente.

La dose maximum que j'ai injectée jusqu'aujourd'hui est de 30 centigrammes par jour. Mais, en raison de la faible toxicité de la napelline, je crois que cette dose pourrait être portée plus loin. Toutefois, il n'y a pas beaucoup de risques à courir de ce côté, car l'on ne fait une nouvelle injection qu'autant que les effets de la première ont cessé, et il n'y a par conséquent pas à redouter des effets d'accumulation.

Nous insistons, enfin, sur ce fait important, c'est que les malades ne s'habituent pas à la napelline, et que, par conséquent, on peut la supprimer du jour au lendemain sans le moindre inconvénient.

De l'action préventive de l'eau chloroformée contre les accidents post-anesthésiques dus au chloroforme. — M. Weber. J'ai l'honneur de signaler à la Société de thérapeutique un moyen de combattre les accidents qui ressortissent au chloroforme, après l'anesthésie par cet agent.

Ce moyen consiste — pour les malades — à prendre de l'eau chloroformée durant des semaines et même, quand faire se pourra, durant des mois avant l'opération. Ils s'entraîneront, ainsi lentement à l'action du chloroforme, de façon à réaliser un véritable phénomène d'accoutumance.

Ce mode de traitement m'a été suggéré par une première observation d'une malade souffrant d'accidents dyspeptiques, et à laquelle j'avais fait prendre, pendant plusieurs mois, après chacun des deux principaux repas, un verre à liqueur de la préparation suivante :

Eau chloroformée 300 grammes.
Acide chlorhydrique XII gouttes.
Pepsine extractive 6 grammes.

Cette malade, dont les accidents dyspeptiques paraissaient liés à une double hernie crurale, se fit opérer de son infirmité par M. Richelot. Au réveil, non seulement absence de vomissements et de nausées, mais encore un état d'euphorie tel, que chirurgien et assistants témoignèrent de leur surprise.

De quelques considérations sur la constipation. — M. Bovet. Je voudrais dire quelques mots de la constipation par insuffisance hépatique et probablement pancréatique, cas que je n'ai pas vu visé dans le rapport de M. Soupault.

C'est surtout chez les névrosés constipés que l'on rencontre une sécrétion biliaire insuffisante. Si l'attention

est attirée du côté du foie, et il faut toujours y songer, on trouve la glande débordant de un, deux, trois travers de doigt et même plus dans les crises, au-dessous des fausses côtes; il y a un peu de dureté à la palpation et à la pression; on provoque, en se rapprochant de l'estomac, une douleur plus ou moins vive; il en est de même quelquefois en arrière, à la région lombaire, où le foie est très sensible.

Avec de tels symptômes, on peut être assuré d'avance du résultat de la médication (que j'ai appelée indirecte) par le massage de la région hépatique en avant et en arrière, massage superficiel au début et fait avec les doigts, pour devenir profond ensuite, comme l'a décrit, l'année dernière, M. Berne, dans un travail lu à l'Académie. La douche en jet, à la lance pércutante, chaude ou froide, suivant les sensibilités, et dirigée perpendiculairement au foie, amène une sédation rapide de la douleur en provoquant la décongestion de la glande (Dubois, de Sanjon). On peut ajouter le massage de la vésicule biliaire, fait doucement et profondément, en allant la chercher sous les fausses côtes avec l'extrémité des doigts (Berne, de Paris). Cette méthode bien appliquée, suivant les règles que nous décrivons, a raison de la constipation, qu'elle supprime au bout de douze à quinze séances.

M. Dubois. M. Bovet fait allusion à l'un des procédés que j'emploie pour combattre, par l'hydrothérapie, la constipation des gastropathes.

J'ai été conduit à administrer régulièrement, et d'une façon systématique, à tous les sujets atteints de gastropathie chronique, la douche hépatique, à la suite des considérations suivantes :

1° Dans la proportion de 3 sur 4, les gastropathes que j'observe ont le foie augmenté de volume, débordant les fausses côtes, dans la position horizontale de un à trois travers de doigt et même davantage;

2° Un très grand nombre de gastropathes ont une teinte subictérique de la peau, teinte qui paraît être due à la présence de pigment biliaire, qu'on peut retrouver dans le sang, malgré l'absence de biliverdine dans les urines;

3° Fleury recommandait de doucher le foie de tous les névrosés, surtout des hypocondriaques, qu'ils aient ou non le foie volumineux. Il a retiré de cette pratique, un peu empirique, disait-il, un avantage si considérable que sans nul doute, il a dû traiter beaucoup de névrosés dont la névropathie reconnaissait pour cause une gastrite chronique.

Quoi qu'il en soit, les gastropathes constipés auxquels on administre, d'après la formule que je vais indiquer, la douche hépatique, voient disparaître rapidement la constipation, la congestion hépatique légère dont j'ai parlé, et les troubles nerveux qui accompagnent ces états rebelles.

Voici la formule de la douche hépatique, telle que je l'administre. Elle est précédée, pendant quelques secondes (dix à trente secondes), d'une douche générale froide ou tiède, en jet brisé, à température variable, selon l'indication fournie par le type morbide individuel. Après cette douche générale, je donne, sans transition, la douche hépatique froide (1°). Le patient présente à l'opérateur son côté droit, il a le bras droit relevé, la main droite sur la tête. Le jet non brisé ou à peine brisé est laissé fixe au niveau de la région hépatique pendant dix à quinze secondes. La lance doit avoir 2 cent. 1/2 de diamètre, sous une pression de 1 atmosphère, et le sujet doit être placé seulement à 2 mètres de l'extrémité de cette lance. En un mot, la douche doit être pércutante; elle doit provoquer un ébranlement profond, une sorte de massage de la région. Elle est un peu douloureuse, et le malade ne s'y habitue bien qu'après trois ou quatre séances.

Du pain complet dans la constipation. — M. Camescasse. Dans son rapport sur le traitement de la constipation, M. Soupault a laissé se glisser une petite inexactitude que je lui demande la permission de relever. Il s'agit du pain complet, qu'on appelle aussi pain intégral, je ne sais pas pourquoi.

Le rapporteur dit que ce pain est fabriqué avec de la farine de seigle à laquelle on a ajouté du son. C'est une erreur. Le pain complet est fabriqué, en réalité, avec de la farine de froment, de laquelle on n'a pas enlevé le son.

Il se montre depuis plusieurs mois, entre mes mains, un merveilleux médicament contre la constipation des femmes sédentaires et des nourrices, ou, plus exactement, il constitue, à lui seul, un régime décongestionnant.

L'usage quotidien de ce pain combat si bien la constipation que l'on voit, dès les premiers jours, les patientes perdre leur ventre. Il ne s'agit pas d'un phénomène lié à l'expulsion de la masse fécale, mais bien de la disparition du tympanisme secondaire. L'appétit tend à augmenter le plus souvent et la consommation du pain, d'abord restreinte par la rapidité nouvelle et par le contact un peu pénible, revient bientôt à un taux normal, sinon exagéré.

Je n'ai relevé, en ces quelques mois (sept mois), aucun inconvénient à l'usage du pain complet. L'avenir modifiera peut-être cette appréciation. J'ai noté, au début, un fait singulier qu'il ne faut pas oublier, quoique je ne sache à quelle conclusion il se prête : les selles acquièrent, pendant quelques jours, une fétilité généralement inconnue des constipés.

M. Bovet. Il y a environ dix ans, j'ai déjà, en parlant

de la légumine donnée sous forme de biscotte, insisté sur l'action du pain complet et surtout sur les causes de cette action. M. Camescasse a laissé dans l'ombre, au cours de sa communication, ce côté important de la question. Le pain complet contient une huile spéciale, l'huile de blé, qui est extrêmement caustique, provoque la formation d'escarres lorsqu'on l'applique sur la peau, et ne peut être donnée à l'intérieur qu'en capsules. Elle provoque, une fois ingérée, des coliques intenses, et représente un drastique aussi énergique que l'huile de croton. J'ai autrefois émis l'opinion que c'était cette huile qui communiquait principalement au pain complet son action sur le péristaltisme intestinal, bien plus que le son que ce pain contient. Il est probable que c'est cette même huile qui donne aux selles la fétilité spéciale que M. Camescasse a notée, et qu'elle est aussi la cause efficiente de la disparition du tympanisme, car elle excite énergiquement les fibres lisses de l'intestin.

M. Camescasse. Je ferai remarquer que le pain dont je me sers ne provoque jamais de diarrhées, mais des selles faciles, chez les femmes constipées par suite de défaut d'exercice et les nourrices. Quant à la fétilité des selles, elle disparaît au bout de quelques semaines.

M. Bovet. Un autre inconvénient du pain complet consiste dans la formation intra-stomacale d'acide acétique, qui s'observe au bout de sept à huit jours de l'emploi de ce pain.

M. Duhourcau. Les paysans des Pyrénées mangent une sorte de pain complet qui ne provoque jamais de diarrhées, mais les met à l'abri de la constipation.

M. Portes. L'huile dont nous a parlé M. Bovet se trouve dans l'embryon du grain.

M. Camescasse. La farine obtenue par les procédés modernes (cylindres) ne contient pas l'embryon; elle ne saurait donc fournir un pain agissant sur le péristaltisme. En résumé, le pain dont je me sers est plutôt un médicament, il n'y a donc pas lieu d'en étendre l'usage à toute la population. Le pain blanc moderne est plus nutritif que le pain complet, il faut donc en conserver l'emploi. P. DESFOSSES.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ipéca dans la dyspepsie avec insuffisance motrice de l'estomac.

L'ipéca à faible dose est considéré, par M. Mathieu, comme un des meilleurs médicaments excitomoteurs de l'estomac. On peut le prescrire de la façon suivante :

Teinture d'ipéca }
— de colombo } 4 à 5 grammes.
— de gentiane } 1

XV à XXX gouttes après les repas, en deux ou trois fois, à une demi-heure ou une heure d'intervalle, dans un peu d'eau.

ou bien :

Teinture d'ipéca 6 grammes.
Saccharine 0,10 centigr.
Menthol 0,25 —
Alcool à 80° 40 grammes.
Sirop simple 120 —

Deux à quatre cuillerées à café, espacées après les repas.

ou bien :

Teinture de fèves de Saint-Ignace . . 6 grammes.
— d'ipéca 1 gramme.
— de badiane 5 grammes.

M. S. A et filtrez. — Prendre VI gouttes dans un peu d'eau de Vichy à la fin de chaque repas.

ou bien :

Poudre d'ipéca 0,02 centigr.
Sulfate de potasse } 4 à 0,05 —
Azotate de potasse }
Bicarbonate de soude 0,30 —

Pour l'achat, à prendre dans un peu d'eau cinq à dix minutes avant le repas.

La lotion excitante de l'hôpital Saint-Louis.

La lotion excitante s'adresse à l'alopécie en général, c'est-à-dire à la chute des cheveux se produisant en dehors d'une affection bien définie du cuir chevelu. Elle est ainsi composée :

Ammoniaque 8 grammes.
Essence de térébenthine 25 —
Alcool camphré 167 —
Mêlez et agitez.

Son but thérapeutique, comme l'indique sa dénomination, est d'exciter la matrice du cheveu dans les cas d'alopécie simple, quand il n'existe ni

séborrhée, ni teigne, ni psoriasis, ni dermatose, en un mot, de la région.

Chez les malades fortunés on peut remplacer sans inconvénient l'alcool camphré par un alcoolat ou un mélange d'alcoolats aromatiques, donnant ainsi à la préparation un aspect plus agréable.

Préparations magistrales de phosphate de chaux.

M. Martz, chef des travaux de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, indique les formules suivantes :

1° Solution de phosphate de chaux :

Bi-phosphate de chaux cristallisé. 45 grammes.
Eau distillée. 500 —

Une cuillerée à bouche avant chaque repas dans un peu d'eau vineuse ou sucrée.

2° Solution de phosphate de chaux arsénié :

Bi-phosphate de chaux cristallisé. 45 grammes.
Arséniat de soude. 0,05 centigr.
Eau distillée. 500 grammes.

Une cuillerée à bouche avant chaque repas dans un peu d'eau vineuse ou sucrée.

3° Sirop de phosphate de chaux :

Bi-phosphate de chaux cristallisé. 45 grammes.
Sirop de lisierons. 500 —

Une cuillerée à bouche matin et soir.

LIVRES NOUVEAUX

COUTANCE. — *Tableaux synoptiques de diagnostic* (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs, 1899).

La librairie J.-B. Baillière et fils a déjà publié dans la « Collection Villeroy » des tableaux synoptiques de pathologie interne, de pathologie externe et de diagnostic. Elle publie aujourd'hui des tableaux synoptiques de diagnostic.

Ces tableaux, dus à M. Coutance, ancien interne des hôpitaux, forment un intéressant travail synthétique, qui sera utile aussi bien aux praticiens qu'aux étudiants ; ils constituent un excellent aide-mémoire.

Les tableaux de diagnostic sont divisés en deux parties. La première est relative au diagnostic des maladies par organes et comprend deux sections : le diagnostic sémiologique et le diagnostic différentiel. La seconde traite de la sémiologie générale et comprend la liste des maladies différentes où l'on rencontre un même symptôme, puis la synonymie des maladies à nom propre, l'exposé des grands syndromes et des grandes lois.

En somme, ces tableaux comblent une lacune dans la littérature médicale. Ils constituent un très bon élément d'instruction primaire de la médecine.

E. DE LAVARENNE.

J. GAUBE — *Cours de minéralogie*, 4 vol. de 378 pages (MALOINE, éditeur, 1899).

Voilà un titre qui n'est pas banal. Faire l'étude du sol vivant, comme on fait l'étude du sol terrestre, constitue une innovation intéressante, et, je me fais un plaisir de le reconnaître, une innovation heureuse.

L'importance des matières minérales est incontestable. L'auteur le démontre d'abord par l'étude des ferments. Le rôle des sels de chaux dans le phénomène de la coagulation est un argument, aujourd'hui bien connu, que l'on peut justement invoquer. Mais M. Gaube va plus loin et définit la fermentation « le résultat de l'activité chimique de la matière minérale dans un volume des plus réduits, soit seule, soit combinée avec la matière organique ».

Ce n'est pas seulement dans l'étude des ferments, auxquels M. Gaube consacre 450 pages, que le rôle de la matière minérale apparaît ; c'est également dans la nutrition des végétaux et des animaux. Si l'on étudie, par exemple, le rapport de la matière minérale à l'azote, on trouve qu'il s'élève à 102,91 pour le cerveau et tombe à 34,53 dans le muscle. Or, le cerveau est l'organe qui travaille le plus avec sa propre substance ; il est aussi le plus minéralisé ; le muscle n'est qu'un transformateur d'énergie ; sa minéralisation est faible.

On est ainsi conduit à étudier incessamment le rôle des différents composés minéraux qui entrent dans la constitution des êtres. C'est d'abord l'eau qui atteint, en moyenne, la proportion de 65 pour 100 dans le corps humain ; puis viennent les différentes substances minérales que nous puisons, directement ou indirectement, dans ce sol. Les organismes ainsi minéralisés diffèrent considérablement suivant l'espèce qu'on envisage et le tissu qu'on étudie. Or, en comparant les analyses, on arrive à cette conclusion que l'ascension de la matière minérale suit l'aptitude au travail ; autrement dit, l'étude de la minéralisation renseigne sur la valeur physiologique. Ainsi, chez l'homme, un sang très chloruré est l'indice d'une nutrition retardante ; or, cet état pathologique correspond à l'état physiologique des animaux dits à sang froid. On voit par ce seul exemple à

quelles conclusions curieuses peut conduire l'étude chimique des êtres vivants. Le philosophe y trouvera des déductions phylogéniques, le praticien y puisera des indications sur le régime à imposer aux individus pour modifier leur minéralisation.

Les essais tentés par M. Gaube méritent donc d'être poursuivis. Si quelques idées émises par l'auteur peuvent paraître un peu hardies, l'ensemble de ses recherches présente une réelle importance et doit fixer l'attention des biologistes.

H. ROGER.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques. — Ce Congrès s'est ouvert hier mardi 4 Avril. Nous rappelons à nos lecteurs qu'aujourd'hui mercredi 5 Avril, à 8 heures du soir, aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique à la Faculté de médecine, la séance solennelle, dans laquelle, après une allocution de M. Legrain, président, seront données des conférences par : M^{lle} Selmer, présidente de la Société des femmes danoises pour la tempérance, sur *le rôle de la femme dans la lutte anti-alcoolique* ; par M. Turinaz, évêque de Toul et Nancy, et M. le pasteur Rochat (de Genève), sur *le clergé et les ministres des divers cultes dans la lutte contre l'alcoolisme*.

Société obstétricale de France. — La Société obstétricale de France tiendra sa septième session à Paris, les jeudi 6, vendredi 7 et samedi 8 Avril, dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Les séances auront lieu le matin à 9 heures et l'après-midi à 2 heures.

Le bureau pour l'année 1899 est ainsi composé : P. Budin, président ; A. Herrgott, premier vice-président ; C. Maygrier, deuxième vice-président ; L. Demelin, secrétaire-général.

Pathologie et thérapeutique générales. — A partir du mardi 11 Avril, M. ROGER, agrégé, chargé de cours, fera le cours de pathologie et thérapeutique générales les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), au lieu des lundis, mercredis et vendredis.

Pathologie interne. — A partir du mardi 11 Avril, M. THIBOUX, agrégé, fera ces conférences à 4 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les hôpitaux de la Ville de Paris. — On sait que le Conseil municipal va être saisi par l'administration préfectorale, au cours de sa prochaine session, de tout un programme de réfection et d'amélioration des établissements hospitaliers de la Ville de Paris. Voici les grandes lignes de ce projet, auquel le préfet de la Seine vient de mettre la dernière main.

Le programme que recommande M. de Selves et qui sera soumis préalablement au conseil de surveillance de l'Assistance publique, divise l'opération en trois catégories : travaux neufs, travaux de grosses réparations et d'amélioration, reconstitution de la lingerie. La dépense totale, qui s'élève à 72 millions, se répartit ainsi :

TRAVAUX NEUFS

1° Hôpitaux d'adultes :	
Hôpitaux de 500 lits sur la rive droite . . .	7.700.000
Reconstruction de la Pitié (500 lits) . . .	5.500.000
Reconstruction et agrandissement de l'hôpital d'Aubervilliers	6.600.000
Reconstruction de l'hôpital Broussais . . .	5.500.000
Hôpital spécial (dermatologie, syphiligraphie, teigne), sur la rive gauche (1.000 lits)	11.000.000
Reconstruction de l'hôpital Broca	4.650.000
Total.	37.950.000

2° Hôpitaux d'enfants :	
Enfants-Malades. Reconstruction et reconstitution de 376 lits	3.760.000
Construction hors Paris d'un hôpital de 200 lits de tuberculeux osseux	1.060.000
3° Hospices :	
Brevannes. Amélioration et construction pour 1.400 nouveaux lits	4.660.000
La Rochefoucauld. Agrandissement	1.000.000
4° Tuberculose :	
Mesures contre la tuberculose	4.300.000
5° Services généraux :	
Construction d'une buanderie centrale	2.000.000
Construction d'une lingerie centrale	500.000

GROSSES RÉPARATIONS ET AMÉLIORATIONS

Hôpitaux d'adultes	6.531.000
Hôpitaux d'enfants	831.000
Hospices	799.000
Maisons de retraite	562.000
Services généraux	489.000
Reconstitution de la lingerie	1.500.000
Réserve pour imprévus	6.414.800
Total général.	72.062.800

L'adoption de ce projet permettrait de créer 2.810 lits nouveaux, dont 1.210 lits d'hôpital et 1.600 lits d'hospice. Pour couvrir la dépense, le préfet de la Seine demandera l'autorisation de solliciter des pouvoirs publics la faculté d'émettre le nombre d'obligations nécessaires à la réalisation d'une somme de 75 millions.

Journal de clinique et de thérapeutique infantile. — On nous prie d'annoncer que M. Variot, méde-

cin de l'hôpital Trousseau, et M. Lazard, secrétaire, quittent la rédaction du *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*.

Ecole de médecine de Marseille. — Le Conseil municipal de Marseille émet régulièrement tous les ans le vœu que les Facultés des lettres et de droit de la région soient transférées à Marseille, et que l'Ecole de médecine soit transformée en Université.

Dans une récente délibération, le Conseil a mis à la disposition de l'Etat tous les moyens financiers nécessaires pour la création de l'Université désirée, notamment la concession gratuite de terrains pour la construction des nouvelles Facultés.

Il a fait mieux. Il a voté un crédit de 10.000 francs pour la création, à l'Ecole de médecine, de cinq chaires spéciales d'enseignement colonial. Cette initiative ne manque pas d'intérêt au moment où l'Angleterre organise une Ecole de tropical diseases.

Monument Pasteur à Lille. — C'est dimanche, 9 Avril, qu'aura lieu à Lille, sous la présidence des ministres de l'agriculture et des colonies, les cérémonies d'inauguration du monument Pasteur et de l'Institut Pasteur.

L'hygiène des locaux scolaires pendant les manœuvres. — L'attention du ministre de la guerre a été appelée sur les conséquences que pourrait avoir, au point de vue de l'hygiène publique, l'utilisation éventuelle, pendant les manœuvres, des locaux scolaires pour le traitement des malades.

Il a décidé qu'à l'avenir, hors le cas de force majeure, on devra, pendant les manœuvres, éviter d'installer dans les locaux dont il s'agit des dépôts de malades, des ambulances ou toutes autres formations sanitaires.

Dans les cas où les circonstances auraient imposé une exception à ce principe, les mesures de désinfection reconnues urgentes devront être effectuées aussitôt après le départ des troupes. Le médecin chef de la formation intéressée provoquera, en temps utile, l'entente nécessaire à cet effet entre le commandant du cantonnement et la municipalité locale.

Médecins militaires détachés aux stations thermales. — Sont désignés comme médecins-chefs pendant les saisons thermales de 1899 :

A l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault, le médecin-major de 1^{re} classe Mercier, de l'hôpital militaire de Versailles ;

A l'hôpital thermal de Vichy : le médecin principal de 2^e classe Annesley, de l'hôpital militaire de Bordeaux ;

A l'hôpital militaire de Bourlonne-les-Bains : le médecin principal de 2^e classe Moine, de l'hôpital militaire de Nancy ;

A l'hôpital thermal de Barèges, le médecin principal de 2^e classe Grosse, de l'hôpital militaire de Bayonne.

Service de santé de la marine. — M. Merlin, directeur du service de santé de la marine, est promu au grade de commandeur dans la Légion d'honneur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Péron, ancien interne des hôpitaux, emporté à la suite d'une courte maladie.

M. Lucas, commandeur de la Légion d'honneur, ancien directeur du service de santé de la marine, et président du conseil supérieur de santé à Paris, vient de mourir.

On signale, de Nice, la mort d'un interne de l'hôpital Saint-Roch, M. Jean Jourdan, emporté par une grippe infectieuse, dont il avait contracté le germe à l'hôpital même.

Étranger.

— M. Frederic Treves, chirurgien consultant à l'hôpital de Londres, est nommé professeur de chirurgie à cet établissement.

— Le Parlement italien est saisi en ce moment par le ministre de l'instruction publique, M. Baccelli, d'un projet complet de reorganisation des Universités.

Bien que le ministre s'en défende, son programme paraît avoir pour but de supprimer les petites Universités.

Ces établissements sont, en effet, beaucoup trop nombreux dans le royaume. Il y a une Université par 1.436.114 habitants, tandis que l'Allemagne en a une par 2.471.423 et la France par 2.556.138, et un grand nombre d'entre elles mènent une vie languissante que leur multiplicité n'explique que trop.

Le projet de M. Baccelli confère la plus grande autonomie aux Universités. S'inspirant assez étroitement de l'organisation universitaire allemande, il prévoit comme correctif de cette indépendance, l'institution « d'un examen d'Etat ». Pour améliorer la situation du haut personnel enseignant, il adopte également le système allemand des *Collegienfelder*, c'est-à-dire des droits particuliers que les étudiants ont à acquiescer envers ceux des professeurs dont ils suivent l'enseignement.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle. Cinquième série, n° 9. Broch. in-8° raisin, de 212 pages (IMPRIMERIE NOËL TEXIER, à LA ROCHELLE).

E. ROCHARD. — *Chirurgie d'urgence.* Indications, thérapeutique opératoire. 4 vol. in-18 Jésus, de 311 pages, avec figures. Cartonné parchemin. Prix : 4 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

Maurice POLLOSSON. — *Précis de médecine opératoire.* 4 vol. in-18 Jésus, de 408 pages, avec 144 figures. Cartonné à l'anglaise. Prix : 6 francs (OCTAVE DOIN, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1, rue Cassette

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : **Suppression de la Toux et des Sueurs ;**
Augmentation de l'Appétit ; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0gr. 20 de Phosphotal ; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;
2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
{ Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

HÉMORRHAGIES LYMPHATISME
ANÉMIE CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

Nouveau Remède
contre la

TUBERCULOSE

THIOCOL "Roche"
SULFO-GAÏACOLATE de POTASSIUM

Le **THIOCOL** n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le **THIOCOL** peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le **THIOCOL** n'a pas d'odeur.
Le **THIOCOL** est soluble dans l'eau.
Le **THIOCOL** n'est pas toxique.

Envoi franco d'Echantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.



OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.

Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate

de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)



MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.	L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.	H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.	M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.	M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.	F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.	

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
Secrétaire général

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — **P. DESFOSSÉS**
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris. •

SOMMAIRE

LE BACILLE DE HANSEN: LES LÉSIONS RÉACTIONNELLES QU'IL PROVOQUE DANS LES TISSUS, par M. E. JEANSELME 165

MÉDECINE PRATIQUE

Les exercices méthodiques chez les hernieux, par M. CHARLES VERMEULEN 167

ANALYSES

Médecine : Méningite tuberculeuse d'origine probable-ment traumatique, par M. WAIBEL 168

Chirurgie : Tétanie après strumectomie partielle, par M. FR. SCHILLING 168

Neurologie et psychiatrie : Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale, par M. RABAUD 168

Le péril alcoolique, par M. E. DE LAVARENNE 134

X^e Congrès français des médecins Aliénistes et Neurologistes (tenu à Marseille du 4 au 9 Avril 1899) :

Délires systématisés secondaires, par M. ANGLADE 135

Aliénés méconnus condamnés, par M. H. TATY 137

Communications diverses 138

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Toxicalbumine de la chair d'anguille de rivière, M. ELOPHE BENECH. — Predispositions morbides de la période puerpérale: hypoglycémie et déminéralisation, M. CHARBON. — Action du pancréas sur la toxine diphtérique, MM. CHARBON et LEVADITI. — Sur un nouvel appareil destiné à l'orientation des radiographies et à la recherche des corps étrangers, M. A. LONDE. — La mort par les courants électriques (courants continus), MM. J.-L. PRÉVOST et F. BATELLI 139

Société médicale des hôpitaux : Exagération des réflexes, clonus du pied et de la main sans contracture dans un cas d'hémiplégie organique, M. L. RAYON. — Exploration du rein par la glycosurie phloridique, MM. ACHARD et DELAMARE. — Note sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoque, M. RENDU. M. NETTER 139

PRATIQUE MÉDICALE

L'éther à haute dose dans le traitement de l'urémie à forme respiratoire 140

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le thiocol 140

Voir les Nouvelles à la dernière page.

LE PÉRIL ALCOOLIQUE

... « S'il est vrai que l'abus des boissons alcooliques a des conséquences déplorables au point de vue financier, au point de vue physique, au point de vue intellectuel et moral, on avouera que nous sommes en présence d'un véritable péril national... » Tels sont les propres termes en lesquels s'exprimait ces jours-ci, dans son discours d'ouverture du VII^e Congrès anti-alcoolique, M. Jules Legrand, sous-secrétaire d'État au ministère de l'Intérieur, parlant au nom du Gouvernement.

Hélas ! ce n'est que trop vrai. L'alcoolisme fait courir actuellement à notre pays le plus grave danger auquel il ait jamais été exposé. Par une progression régulière et d'une effrayante rapidité, en cinquante ans, la consommation de l'alcool a quadruplé en France, faisant sur trente-six millions de Français au moins quatre millions d'alcooliques.

Pour peu que les choses continuent à marcher ainsi, où en arriverons-nous ? La réponse est facile, pour qui connaît les méfaits de l'alcool.

N'est-il pas scientifiquement établi que l'alcool, ou mieux que tous les alcools sont des poisons ? Car si l'alcool de vin, dans l'échelle de la toxicité, occupe l'échelon le plus bas, cédant le pas aux alcools de marc, de grains, de betterave, de pomme de terre, il n'en est pas moins un toxique.

N'est-il pas prouvé que toutes les essences, que tous ces bouquets, dont le type est l'absinthe, avec lesquels on parfume les alcools, ne font qu'augmenter encore leur degré de toxicité, d'autant plus qu'ils permettent, en en masquant le goût, de livrer à la consommation des alcools inférieurs renfermant les plus dangereuses impuretés ?

Ne savons-nous pas que si l'alcool peut être

RENSEIGNEMENTS

Étudiant en médecine de sixième année, externe des hôpitaux, sur le point de passer sa thèse, demande place dans clinique générale ou de maladies oreilles, nez, larynx. S'adresser au journal (349).

A céder, pour raisons de famille, dans chef-lieu de canton de la Somme, clientèle médicale : 40.000 francs touchés. Seule condition : vente ou location (1.000) de la maison. Ecrire au journal (350).

parfois un stimulant, il ne l'est qu'à des doses modérées et difficilement appréciables pour chacun ; qu'en dépassant ces doses, on tombe bientôt dans l'alcoolisme ?

Enfin, n'est-il pas démontré que l'alcoolisme conduit fatalement et rapidement celui qui en est atteint à la pire des déchéances physiques et intellectuelles ?

Eh bien ! de cet alcool si pernicieux, nous en sommes les plus gros consommateurs. On ne saurait trop le dire et le répéter, tant ce fait, indubitablement établi, rencontre encore parmi nous d'incrédules. Alors que chez toutes les nations civilisées la consommation de l'alcool diminue, en France, elle augmente progressivement de jour en jour. La France qui, en 1855, venait avec l'Italie au dernier rang, est, en 1899, arrivée au premier, dépassant même la Belgique.

Où ! le Français est devenu le plus fort buveur d'alcool de tout l'univers.

Et qu'on y prenne garde, le scepticisme en pareille matière n'est pas de mise. Il n'est que temps d'engager la lutte contre le fléau ; de l'engager avec méthode, avec énergie, avec la conviction d'une foi ardente, sinon c'en est fait du génie et de la puissance de notre race !

Déjà de nombreux signes de dégénérescence se manifestent : l'abâtardissement de l'espèce, qui fait que dans certains départements les conseils de révision ne trouvent plus le contingent normal ; la mortalité infantile, ayant pour origine l'hérédité alcoolique, énorme dans certaines provinces ; la criminalité, suivant une ascension continue, envahissant même le jeune âge, proportionnelle dans chaque région au développement de l'alcoolisme ; l'aliénation mentale, emboîmant nos asiles de fous, si bien que, depuis trente ans, leur nombre proportionnel a triplé.

Or, c'est une loi bien établie, que lorsque les processus de dégénérescence ont apparu dans une famille, ces processus aboutissent fatalement à son extinction : à travers une succession croissante d'amoidrissements de vitalité dus à l'hérédité pathologique. Il en est de même des nations, qui ne sont que des agglomérations familiales.

Mais comment combattre ces effets de la dégénérescence ? Par le développement parallèle, à côté des éléments faibles en voie de disparition, d'éléments forts et non tarés. Eh bien ! où les trouverons-nous ces éléments, quand nous voyons l'envahissement de l'alcoolisme, ne prenant plus seulement

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit
Rétablit les forces
Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et 74^{bis}.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 28, 8 AVRIL 1899.

CARABANA Purgation pour régime.
Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
Antiseptique de la peau et des muqueuses.

S^T-LÉGER TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes,

l'homme, mais la femme, pas seulement l'adulte, mais encore l'enfant? Bientôt le peuple entier sera alcoolisé; or, comme l'a dit si justement Legrain, « un peuple alcoolisé est en voie de disparaître ».

Ne craignons donc pas de le proclamer, et c'est à nous autres médecins qu'il appartient surtout de le faire : du fait de l'alcoolisme, la France court les plus grands périls; si elle ne s'arrête pas dans la voie où elle est engagée, elle marche fatalement à sa perte. « Quelques générations encore, comme le disait si éloquemment mon ami M. Jacquet¹, et ce glorieux peuple, dégénéré, déchu, vicié jusqu'aux moelles, sera en pleine, en irrémédiable décadence, étouffé par la croissance vigoureuse de nations mieux gouvernées, restées saines et fortes. »

Assisterons-nous donc impassibles, indifférents, à la déchéance de notre race? Assurément non, car il reste encore en France assez de vitalité, assez de force morale, assez de courage et de persévérance pour entreprendre la lutte et la soutenir jusqu'à la victoire.

* *

La nécessité absolue de cette lutte contre l'alcoolisme, que certains esprits clairvoyants avaient depuis longtemps déjà reconnue, semble devoir créer bientôt en France un courant d'opinion semblable à celui qui, à l'étranger, a imposé aux Gouvernements des mesures coercitives pour empêcher et prévenir la consommation exagérée de l'alcool. Le succès obtenu par le VII^e Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques, qui vient de se réunir à Paris, du 3 au 8 Avril, sous la présidence de M. Legrain, nous en est un sûr garant.

Les travaux de ce Congrès ont assurément impressionné les esprits, tenus au courant et éclairés par la grande presse. Les Pouvoirs publics, par l'organe du secrétaire d'État ayant dans ses attributions l'administration de la Santé publique, n'ont pas craint d'y dénoncer publiquement le péril social qui nous menace. On y a vu catholiques, protestants et libres penseurs, conservateurs et socialistes de toutes les nations, réunis pour chercher ensemble les moyens de conjurer le plus grand fléau des temps modernes.

Que peut-il y avoir de plus probant pour ceux qui douteraient encore de la réalité du péril alcoolique, que de voir, en présence du danger, cette union intime des esprits les plus opposés? Le mouvement anti-alcoolique en subira certainement chez nous une vigoureuse impulsion.

D'ailleurs, bien que la France soit très en retard sur l'étranger, il ne faudrait pas croire que rien n'y ait encore été fait. Il y a eu de la part de quelques hommes de grands efforts produits, dont les résultats ne manqueront pas bientôt de se faire sentir, et que le Congrès anti-alcoolique a permis de connaître.

Sans entrer dans les détails, je signalerai, en quelques mots, ce qu'ont été ces efforts, me réservant plus tard de traiter au long ce que doit être en France la lutte contre l'alcoolisme et les moyens qu'elle doit employer.

Il existe, en France, une Société de tempérance depuis 1871; elle fut fondée, sous le patronage de l'Académie de médecine, par Lunier, sous le nom de *Société française de tempérance*; ayant à sa tête des hommes assurément de haute valeur, son esprit est peut-être resté un peu doctrinal, aussi ne s'est-elle pas suffisamment popularisée. Il n'en est pas de même de l'*Union française anti-alcoolique* fondée par Legrain, qui compte actuellement, après trois années d'existence, 435 Sociétés locales et plus de 30.000 membres. Sur les mêmes bases que la Croix-Bleue de Genève a été créée la *Société française de tempérance de la Croix-Bleue*.

Cette Croix-Bleue de Genève a été fondée en 1877, sur le principe de l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique, par le pasteur Rochat, qui a si magistralement exposé ces jours-ci, dans la conférence du Congrès, quel rôle devait jouer le clergé dans la lutte contre l'alcoolisme. Le prêtre doit compléter l'homme de science: dans le sauvetage des passionnés de l'alcool, à l'hygiéniste, au médecin, à l'instituteur le rôle technique, au prêtre le côté spirituel, celui qui regarde l'âme.

M. Rochat a exprimé ses idées au point de vue de l'Eglise protestante; il a montré la voie aux pasteurs; de même, Mgr Turinaz a défini quel rôle

les prêtres catholiques étaient appelés à jouer. Comme l'a fait entendre, avec une patriotique éloquence, l'évêque de la Lorraine française, c'est aux prêtres de prêcher cette nouvelle croisade, de bien pénétrer l'âme du peuple. Ils doivent être persuadés que la question sociale actuelle, qui nous préoccupe tous, est intimement liée à la question de l'alcoolisme. Avec l'alcoolisme, il n'y pas d'ordre possible, pas d'économie, pas d'épargne, rien de ce qui constitue la prévoyance, par conséquent pas de foyer, mais la misère, la dissolution de la famille et de la patrie.

C'est en s'inspirant de ces doctrines que Mgr Turinaz, un vrai socialiste chrétien, un véritable ami du peuple, a entrepris la croisade dans son diocèse. Il a été suivi par l'archevêque de Rouen, les évêques de Saint-Dié, de Caen, de Coutances, et nul doute que bientôt, suivant l'instruction de Léon XIII, tout le clergé français n'enseigne la parole anti-alcoolique.

Cet enseignement anti-alcoolique, il est, du reste, officiel et obligatoire aujourd'hui dans toutes nos Ecoles publiques. C'est à M. Rambaud que nous devons cette mesure, prise en vertu d'un règlement du 9 Mars 1897. « J'ai pensé, disait le Ministre dans sa circulaire aux recteurs, qu'il appartenait à l'Université de donner l'exemple. Elle y est d'autant plus intéressée que son action serait stérile si, après tant de généreux efforts pour former les intelligences et les âmes des enfants, l'alcoolisme pouvait compromettre chez eux, avec la vie physique, la vie intellectuelle et morale. Il importe de leur signaler de bonne heure le danger, de leur inspirer la crainte et le dégoût de l'alcoolisme, de leur en faire comprendre toutes les conséquences. Les professeurs et les instituteurs s'acquitteront de ce rôle avec la conscience de faire œuvre de bien public. »

En fait, à partir de cette époque, les programmes des Ecoles normales d'instituteurs, des Ecoles primaires supérieures de garçons et de filles, des Ecoles primaires élémentaires, comportent aux chapitres Hygiène, partie économique, partie morale, un enseignement de l'anti-alcoolisme.

Il en est résulté l'éclosion de toute une littérature classique, à laquelle il est juste de dire que l'éditeur Armand Colin a pris la plus large part: avec son *Enseignement de l'alcoolisme* du D^r Galtier-Boissière; *l'Alcoolisme et ses remèdes*; les *Livrets d'anti-alcoolisme*, de la collection l'Année du certificat d'études, publiée par M. Charles Dupuy, actuellement président du Conseil des ministres; avec la publication de conférences faites par des directeurs d'Ecoles normales, etc., etc.

Ces publications d'instruction primaire sont excessivement pratiques, aussi un certain nombre d'industriels les répandent-ils à profusion dans leurs ateliers. La Compagnie de Lyon faisait récemment distribuer 50.000 exemplaires d'une brochure anti-alcoolique à son personnel. Dans certains régiments, les colonels les donnent à leurs hommes.

On doit savoir, du reste, que l'alcoolisme est vivement combattu dans l'armée. L'interdiction de vendre de l'absinthe dans les cantines régimentaires, les punitions sévères infligées aux soldats surpris en état d'ivresse, par exemple, ont eu les meilleurs résultats sur les hommes de troupe. Qu'on interroge d'autre part les jeunes officiers, et l'on apprendra que les buveurs d'absinthe, les piliers de café de l'ancienne armée, ne sont plus aujourd'hui qu'une légende.

Dans la société actuelle, l'influence de l'homme de science est aussi grande peut-être que l'était autrefois celle du prêtre. Qu'ont donc fait les médecins en France contre l'alcoolisme?

Il faut l'avouer: ils n'ont pas su prévenir l'alcoolisme; ils n'ont pas suffisamment prévu les conséquences fatales de cette passion. Je parle des médecins dans leur ensemble, car il ne faut pas oublier les travaux spéciaux d'hommes comme Lancereaux, Richet, Laborde, Joffroy, etc. Il ne faut pas oublier non plus que les sociétés anti-alcooliques ont été fondées, l'une par Lunier, qui était médecin, l'autre par Legrain, qui est l'un de nos plus savants aliénistes.

Mais, depuis que l'alcoolisme s'est élevé en France à la hauteur d'un véritable fléau social, il me semble que le corps médical ne s'en est pas suffisamment ému. Nous constatons de nombreux efforts individuels, des médecins autorisés faisant dans leur cercle intime une propagande assurément fructueuse, mais aucune entente commune.

Il serait cependant nécessaire d'organiser une sorte d'enseignement technique de l'anti-alcoolisme. Et à qui appartient-il de le diriger, cet enseignement, si ce n'est aux médecins?

Cependant, un mouvement commence à se dessiner, en ce qui concerne Paris. A la Faculté de médecine, le professeur Debove a bien voulu mettre son talent et sa compétence au service de l'anti-alcoolisme, consacrant à l'alcoolisme les leçons inaugurales de son cours de l'année 1898-1899.

Dans les hôpitaux, M. Le Gendre a eu l'heureuse idée de faire distribuer à profusion dans son service une sorte de catéchisme anti-alcoolique: son exemple ne manquera pas d'être imité.

Enfin, M. Jacquet inaugurait récemment à l'hôpital Saint-Louis des conférences faites au personnel et aux malades. J'assistais à la première de ces conférences, à laquelle plus de 400 personnes étaient présentes, et je puis assurer que pendant une heure et demie qu'elle a duré, pas un instant l'attention de cet auditoire, qui comprenait bien 80 pour 100 au moins d'alcooliques, n'a été distraite. Si tous les auditeurs n'ont pas été convaincus, tous s'y sont instruits et y ont appris ce que c'était que l'alcoolisme; ils ont appris ainsi qu'il existait un *péril alcoolique*.

Le succès de cette conférence est un encouragement. Assurément, l'exemple de M. Jacquet sera suivi. D'ailleurs, la Société médicale des Hôpitaux ne doit-elle pas se réunir prochainement pour organiser la lutte anti-alcoolique dans les hôpitaux de Paris?

* *

Comme on le voit, il y a encore bien peu de choses de faites. Mais, en France, les courants d'opinion sont faciles à établir; nul doute qu'il ne s'en produise bientôt de violents et que, sous leur impulsion, l'hygiène ne finisse par avoir raison de l'alcoolisme.

Cette victoire n'est assurément pas encore prochaine, mais elle ne manquera pas de clôturer heureusement la lutte, si nous avons la persévérance suffisante pour enseigner aux générations nouvelles ce qu'est l'alcoolisme et quels en sont les dangers.

Dans cette œuvre d'éducation, le rôle du médecin est capital. Au médecin incombe un véritable apostolat, qui donnera à ceux qui s'y livreront un des plus beaux titres de gloire auxquels un homme de science puisse prétendre.

E. DE LAVARENNE.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DIXIÈME SESSION

Tenue à Marseille du 4 au 9 Avril 1899

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS SECONDAIRES

M. ANGLADE (de Toulouse), rapporteur.

La réalité clinique des états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, notamment à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications, est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Seuls, en France, Magnan et son école semblent avoir rejeté, au moins pour un temps, les délires secondaires systématisés. Quant au degré d'importance qu'il convient d'attribuer à ces états secondaires, il suffit de comparer l'opinion de Krafft-Ebing, qui les considère comme des formes de démence, à celle de Tonnini, qui les assimile à la paranoïa, pour voir que l'entente n'est pas près de se faire à ce sujet. La vérité se trouve peut-être entre ces deux opinions extrêmes, et nous croyons pouvoir proposer la classification suivante.

1^o *Délires systématisés secondaires à la manie*. — Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie, et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Elles ne s'associent jamais entre elles, se contredisent même souvent. Par leur nature, elles représentent les préoccupations antérieures du malade ou les idées délirantes nées pendant l'accès psychonévrotique. Cette systématisation rudimentaire s'ef-

1. L. JACQUET. — « Le Péril alcoolique en France », Paris, 1899.

fectue, non à la faveur de la démence proprement dite, mais de la déchéance des facultés d'association, de critique, etc. Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalo-manes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social. Ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique, et, s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° **Délires systématisés secondaires à la mélancolie.** — Ils sont, de tous les délires systématisés secondaires, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie, sous toutes ses formes et à ses diverses périodes, se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa présente des difficultés.

En ne tenant compte que des délires qui apparaissent secondairement à l'accès psychonévrotique, on peut les diviser en :

a) délires systématisés post-mélancoliques, représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, et qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation.

Ces formes, les plus simples et les moins graves, pourraient être, à la rigueur, considérées comme la suite naturelle d'un accès psychonévrotique dont quelques-unes des idées délirantes s'attardent et se systématisent avant la guérison. Nous sommes en droit de les considérer aussi comme des formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables. Avec d'autant plus de raison que le passage de l'une à l'autre de ces formes s'observe, chez le même malade, après plusieurs accès.

b) Délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives.

Ces délires, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont, en somme, à leur place, ni dans l'une, ni dans l'autre de ces maladies mentales.

En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique.

Comment reconnaître la paranoïa, distinguer ce qui revient à la psychonévrose ?

Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. Paranoïa veut dire : une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé, qui en est le symptôme le plus fréquent mais non constant. En des termes différents, cette constitution spéciale est reconnue par la presque unanimité des aliénistes. Ses caractères sont : orgueil exagéré, méfiance excessive. Développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social ; affaiblissement de la faculté de jugement, de critique, etc. La paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, sans même une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif.

La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délires systématisés secondaires post-mélancoliques.

Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalo-mane et réagira comme un mélancolique, lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments, découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.

c) Délires post-mélancoliques, à caractère exclusivement dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent, après plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité gé-

rale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent évidemment à des altérations anatomiques du système nerveux périphérique et central. Le délire interprète des sensations réelles.

Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Leurs caractères ne sont pas faits pour contredire cette manière de voir. Il est possible que les troubles viscéraux, qui se rencontrent fréquemment au début des psychonévroses mélancoliques, favorisent la production de poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire, en sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Il faudrait alors faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième élément : l'élément toxique. Car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut. Il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° **Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.** — Les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. Cela est vrai pour la folie intermittente. Cela est vrai aussi pour la folie à double forme. On y a observé des délires de négation. Nous avons nous-même rapporté l'observation d'un malade qui, après quelques accès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé. Et le délire empruntait ses caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° **Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.** — Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué.

Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent.

Les intoxications, l'alcoolisme, par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles, dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais encore ici, le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen.

Après cette revue clinique des délires systématisés secondaires, il est délicat d'aborder avec fruit l'étude anatomo-pathologique. L'examen des nerfs périphériques, au cours de certains de ces états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, pas plus que la recherche des lésions fines de la cellule nerveuse cérébrale ou spinale, pratiquée à l'aide des méthodes nouvelles, ne nous a pas fourni jusqu'ici d'arguments assez nombreux pour étayer une interprétation anatomo-pathologique solide. Contentons-nous de constater l'analogie qui existe entre une psychonévrose et une intoxication au point de vue du processus morbide qui aboutit au délire systématisé secondaire. Ces lésions ressemblent à celles qui ont été signalées dans diverses intoxications expérimentales.

Au niveau des nerfs périphériques, la myéline est répartie irrégulièrement, agglomérée en certains points, le protoplasma a proliféré, les noyaux se sont multipliés, le cylindre a pu disparaître ; au niveau des cellules cérébrales et spinales, on constate l'altération, la destruction de la substance chromatophile ; le noyau s'estompe avec espace clair et nucléole.

Si de nouvelles recherches confirmaient et généralisaient ces processus morbides, une doctrine anatomique viendrait se placer à côté de la doctrine psychologique, se complétant ainsi l'une l'autre.

DISCUSSION.

M. Vallon (de Paris). Si M. Magnan et son école ont nié pendant longtemps les délires systématisés secondaires, il semble qu'ils ne soient plus aussi affirmatifs aujourd'hui, et la grande majorité des aliénistes français reconnaît l'existence de ces états secondaires. J'ajoute qu'il n'y a pas un délire chronique secondaire toujours identique à lui-même, mais des délires chroniques secondaires ; et que, même si nous étudions les délires systématisés primitifs, nous devons envisager ceux qui évoluent chez un sujet normal, à côté de ceux qui germent sur un terrain prédisposé de dégénérescence.

M. Régis (de Bordeaux). J'ai mentionné, il y a déjà

longtemps, ces états délirants systématisés secondaires, j'ai reconnu que ces cas assez nombreux, que bien souvent il ne s'agissait pas là de vrais délirants chroniques, mais de vieux maniaques ou mélancoliques, qui avaient versé dans la systématisation. Dans ces cas, consécutivement à la manie, on observe surtout la forme ambitieuse, consécutivement à la mélancolie, au contraire des idées de persécution ou des idées religieuses. Quant à la constitution paranoïenne, affirmée par les auteurs italiens, et dont nous a parlé M. Anglade, il faut reconnaître qu'elle n'est qu'une vue théorique et tout hypothétique. Ces terrains psychonévrotiques ou paranoïens peuvent-ils servir de genre à l'évolution parallèle de ces deux délires, ou bien l'élément paranoïen vient-il se substituer à l'élément psychonévrose ? Ce sont là questions obscures qui sont loin d'être élucidées.

J'insisterai plus volontiers sur les distinctions qui jalonnent l'histoire de ces états chroniques secondaires, suivant qu'ils débutent d'une façon hâtive ou tardive. Le début hâtif semble concerner surtout le mélancolique ; le début tardif, le maniaque ; j'ajouterais, d'après ma statistique, que les trois quarts de mes psychonévrosés ayant versé dans la systématisation secondaire, étaient des maniaques. Dans un seul cas, j'ai observé un mélancolique à accès typiques de lypémanie, ayant présenté près de vingt ans après le début de ces accidents lypémaniques un délire systématisé secondaire indiscutable, avec idées de persécution et de mégalo-manie. Mon malade accusait des hallucinations verbales psychométrées plutôt qu'auditives, avec troubles marqués de la sensibilité générale ; fait qui concorde avec l'hypothèse avancée par M. Anglade, que la multiplicité des hallucinations joue un rôle important dans la genèse du délire systématisé secondaire. Je suis également d'accord avec M. Anglade sur un autre point, que l'affaiblissement intellectuel n'est pas un symptôme obligatoire de ces états secondaires.

Je terminerai en signalant l'apparition de formes délirantes systématisées secondaires à la confusion mentale, mais à la confusion mentale pure, primitive, et non évoluant parallèlement avec un délire paranoïen, comme dans les cas signalés par les classiques allemands. Cette forme secondaire à la confusion mentale pure se singularise par une phase pour ainsi dire mono-idéique : une seule idée persiste et se systématisé, idée persistant d'un rêve délirant de confus mental. L'hypnose bien dirigée, le traitement psychothérapeutique peuvent suffire dans ces cas à assurer la guérison de la maladie.

De cette discussion, je crois pouvoir conclure que tout état délirant, quel qu'il soit, pourvu qu'il se prolonge assez longtemps, peut aboutir à la systématisation et aux idées de persécution ou de mégalo-manie ; j'ajoute qu'à un autre point de vue, nos efforts doivent tendre à en surprendre la notion étiologique par la recherche et l'étude des lésions anatomo-pathologiques.

M. Sicard (de Paris). Je voudrais revenir rapidement sur certaines de ces formes délirantes mono-idéiques que M. Régis classe dans les délires systématisés secondaires, consécutivement à la confusion mentale primitive aiguë, et qui sont susceptibles d'un traitement efficace par l'hypnose ou une psychothérapie appropriée. Je crois qu'il ne s'agit dans ces faits que de la persistance d'une idée fixe subconsciente de nature hystérique, tels que les travaux de MM. Raymond et Janet nous l'ont fait connaître, idée fixe subconsciente qui peut persister durant un temps plus ou moins long, à la suite d'une confusion mentale primitive de nature hystérique, et prenant naissance à l'occasion d'un état fébrile, d'une infection, d'une intoxication, qui développent l'hystérie chez certains sujets prédisposés.

M. G. Lalanne (de Bordeaux). Je crois qu'il existe des cas dans lesquels, sur un délire d'origine neurasthénique, peut se greffer un délire systématisé secondaire. Chez le neurasthénique et le délirant, on rencontre l'état d'esprit déprimé et douloureux, mais chez l'un, il y a prédominance d'hypocondrie morale, chez l'autre, prédominance d'hypocondrie physique. Sur ce fond habituel de neurasthénie, le malade va puiser les éléments de son délire systématisé secondaire, dans lequel prédomineront souvent les idées hypocondriaques.

M. Anglade. Pour répondre à ces diverses discussions, je reconnais que la majorité des aliénistes français admet les états délirants systématisés secondaires ; j'ajoute qu'en effet il n'y a pas un seul délire chronique secondaire, mais des délires chroniques secondaires, variables suivant les états psychopathiques qui les ont provoqués. Quant à la constitution paranoïenne que j'ai invoquée dans la plupart des cas, il me semble qu'elle joue un rôle des plus importants dans la genèse de ces délires, surtout si l'on met en cause l'intoxication par voie exogène ou endogène. Tous les malades psychiques nerveux ne deviennent pas des délirants systématisés, lorsqu'ils sont soumis à l'influence de causes toxiques ; il leur faut, de plus, un terrain préparé, élément héréditaire spécial que l'école italienne a justement qualifié de constitution paranoïenne.

Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques. — M. Grasset (de Montpellier). Longtemps on a accusé les hystériques de faire et d'appliquer une anatomie et une physiologie fantaisistes et personnelles, quand on les voyait présenter des symptômes à distribution segmentaire, c'est-à-dire par exem-

ple des anesthésies occupant des segments de membres et limitées par une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre, une ligne d'amputation ou de désarticulation.

On était presque tenté de considérer comme une preuve de simulation, en tous cas, on considérait comme d'origine nécessairement corticale, ces symptômes à distribution paradoxale par rapport à la distribution connue des nerfs périphériques et des racines nerveuses. Aujourd'hui, l'opinion des neurologistes s'est entièrement modifiée.

Depuis les beaux travaux que Brissaud a accumulés et ceux qu'il a provoqués, on sait que des lésions médullaires, parfaitement authentiques et constatées à l'autopsie, peuvent produire des symptômes à distribution segmentaire : certaines anesthésies des syringomyéliques notamment ressemblent, à s'y méprendre, à des anesthésies hystériques.

Aujourd'hui, on sait distinguer et opposer sur un membre donné, trois ordres différents de distribution : la distribution nerveuse (lésion des nerfs : territoire anatomique des nerfs périphériques), la distribution radiculaire (lésion des racines : bandes longitudinales, parallèles entre elles et à l'axe du membre) et la distribution métamérique ou segmentaire (lésion de la moelle, du métamère spinal : segments limités par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du membre).

Quoique déjà fort avancée (pour son âge) et brillamment documentée, l'histoire de cette distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas terminée.

Cette étude a principalement et presque exclusivement porté sur les symptômes trophiques comme les zones et certaines dermatoses et sur les symptômes sensitifs, comme les anesthésies totales ou dissociées (nous y joindrons volontiers certaines paresthésies ou mieux acroparesthésies).

Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire.

C'est sur cette lacune que je voudrais attirer l'attention des cliniciens en vous rapportant sommairement un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une malade atteinte de sclérose en plaques.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, que j'ai encore dans mon service.

Dans les antécédents pathologiques, on ne trouve qu'une influenza il y a six ans, suivie d'une bronchite interminable, dont le déclin paraît avoir enchaîné avec la maladie actuelle.

Cette maladie actuelle a débuté il y a deux ou trois ans par des vertiges. Puis sont survenus : une impotence de la jambe gauche avec raideur, puis une hémianesthésie gauche, puis le tremblement du bras droit sur lequel nous allons revenir et qu'elle constate brusquement un jour en garnissant une lampe.

Plus tard, la parole devient et reste scandée, spasmodique, monotone, caractéristique. Le tremblement, tout en restant beaucoup plus marqué au bras droit, s'étend, notamment à la tête, qui, quand elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité.

Dans les membres gauches, l'hémianesthésie a disparu ; il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite) et surtout diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles, attitude du pied en équin, douleurs spontanées et à la pression des troncs nerveux, réflexes tendineux exagérés et diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence.

J'arrive enfin au tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici.

Ce tremblement est nettement intentionnel ; il n'apparaît nullement au repos.

On ordonne le mouvement classique de porter un verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte : pour saisir le verre, la malade tremble beaucoup et de plus en plus, si on déplace le verre et si on rend plus long et plus difficile cet acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à la bouche sûrement, sans trembler, et, même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement ; mais de nouveau, quand le verre étant près de la bouche, il faut faire les mouvements nécessaires pour boire, le tremblement reparait et augmente si on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est facile d'analyser cette particularité qui, à première vue, ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme, elle porte correctement un verre à sa bouche.

En réalité, elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques ; seulement il est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras. Alors il apparaît nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider ; mais il n'apparaît pas du tout, quand, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche.

De même, il lui est impossible, à cause des tremblements, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire ; mais, si on lui immobilise bien le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace bien une ligne droite horizontale, à condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, c'est un tremblement segmentaire, en gant.

Ceci n'est ni classique ni fréquent dans la sclérose en plaques.

Pierre Marie exprime en effet l'opinion générale et courante quand il dit : dans la sclérose en plaques le tremblement est massif, c'est-à-dire qu'un membre tout entier, le tronc, la tête, soit conjointement, soit séparément, se trouve emporté par ses oscillations. C'est donc tout le contraire de ce qui se passe pour la plupart des autres tremblements que l'on pourrait qualifier de *segmentaires*, parce qu'ils n'affectent guère qu'une très petite portion d'un membre (la main, les doigts). De plus, le tremblement de la sclérose en plaques est surtout un tremblement partant de la racine du membre, tandis que la plupart des autres tremblements en affectent de préférence la périphérie.

A ces deux points de vue, le tremblement de notre malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose en plaques : au lieu d'être massif, il est segmentaire ; au lieu de porter sur la racine du membre, il en affecte exclusivement l'extrémité.

A cela on pourrait objecter que ma malade n'est qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques.

Je reconnais que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourraient faire penser à l'hystérie.

Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies persistantes à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement, le tremblement de la tête, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité faradique et galvanique... prouvent qu'il y a une lésion.

Peut-être avons-nous une association hystéro-organique ; mais la lésion organique paraît aussi certaine qu'elle peut l'être chez une malade encore vivante. Et s'il y a une lésion, cela ne peut être qu'une sclérose en plaques.

En tous cas, alors même qu'on n'accepterait pas mon diagnostic, un fait reste incontestablement acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main.

Or, habituellement, quand on analyse un tremblement on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute et de l'influence que les mouvements exercent ou non sur son intensité. Mais on ne s'occupe pas de sa distribution.

C'est là, ce me semble, un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs.

On arrivera ainsi à localiser, mieux qu'avec les autres caractères, le siège de la lésion : on devra distinguer le tremblement distribué suivant la distribution anatomique des nerfs, le tremblement distribué suivant la distribution des racines et enfin le tremblement distribué suivant les métamères spinaux.

En d'autres termes, et c'est la conclusion sur laquelle je désire attirer l'attention des neurologistes, en présence d'un tremblement, il ne faut pas, pour l'analyser et le définir, se contenter de dire : 1° s'il est rapide ou lent ; 2° si les mouvements volontaires le suppriment ou le font naître et croître ; mais aussi il faudra : 3° tâcher de voir quelle est sa distribution et par suite si c'est un tremblement nerveux périphérique, un tremblement radiculaire ou un tremblement segmentaire spinal.

ALIÉNÉS MÉCONNUS CONDAMNÉS

H. TATY (de Lyon), rapporteur.

Les aliénés méconnus et condamnés se répartissent en deux grands groupes, suivant que leur état mental a été totalement méconnu ou a fait l'objet d'un examen médico-légal.

Le premier groupe comprend les sujets dont l'état d'aliénation mentale a passé complètement inaperçu et qui ont été condamnés sans que les juridictions chargées de déclarer leur culpabilité et de leur appliquer la loi pénale et les magistrats chargés de démontrer cette culpabilité aient réclamé un examen médical ou même paru soupçonner leur maladie.

Il comprend encore les condamnés dont l'intégrité des facultés a été mise en question au cours du procès, mais pour lesquels ni l'instruction ni les tribunaux de répression n'ont cru utile de demander une expertise ou même l'ont systématiquement repoussée.

Dans le second groupe, on rencontre tous ceux dont l'état mental a inspiré des doutes sérieux à la justice, et qui, par suite, ont été l'objet d'une expertise.

Pour les uns, les experts auront méconnu leurs troubles mentaux, conclu fausement à la simulation, par conséquent, à la responsabilité ; les juges ayant suivi l'opinion des médecins, c'est le rapport médical qui aura entraîné la condamnation et ces sujets auront été, en réalité, des aliénés méconnus par les experts et condamnés par leur fait.

Pour les autres, l'expertise a démontré leur maladie mentale. Le rapport a conclu à l'irresponsabilité, mais les tribunaux, gardant intact leur pouvoir d'appréciation, ont néanmoins prononcé la condamnation.

Les faits d'aliénés condamnés, malgré les conclusions de l'expertise, sont heureusement rares et tendent à le devenir de jour en jour davantage ; il faut en chercher les exemples frappants dans un passé déjà reculé et à l'étranger même. Mais il en existe néanmoins, et l'on doit regretter parfois encore entre les conclusions des experts et les jugements des tribunaux un manque d'harmonie qui a entraîné la condamnation de véritables aliénés.

Il n'y a pas lieu de distinguer les cas où les experts, tout en reconnaissant les troubles mentaux, ont néanmoins conclu à la responsabilité.

Il faut, en effet, avouer que malgré les progrès de l'étude des maladies mentales, malgré une entente de plus en plus étroite de la médecine légale et des juridictions de répression, malgré les efforts combinés des médecins et des magistrats, efforts sinon parfaits, du moins très sincères, pour la recherche et la détermination de la responsabilité des inculpés, on constate encore, dans ces dernières années, la condamnation d'aliénés indiscutables, tels que des paralytiques généraux, des déments, des persécutés et des imbéciles ; on constate aussi les condamnations d'un groupe d'individus porteurs de tares psychiques, susceptibles certainement de commettre des infractions sous l'influence nette de ces tares ou d'un délire surajouté, mais capables aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique et même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes comme d'un moyen de dégager ultérieurement leur responsabilité. On ne peut donc déduire d'une façon formelle, du seul fait que les antécédents de ces individus comportent des condamnations ou des internements dans les asiles antérieurs ou postérieurs à ces condamnations, qu'ils étaient aliénés au moment de l'infraction, et que, par suite, la condamnation a fatalement frappé un aliéné méconnu.

En tout cas, les médecins, les magistrats et le législateur ont le devoir de rechercher et d'appliquer tous les moyens propres à empêcher à l'avenir les condamnations pour infractions nettement symptomatiques d'un état quelconque d'aliénation mentale et à faciliter la critique médico-légale des infractions épisodiques commises par des individus à antécédents pathologiques douteux, de façon qu'on n'ait plus à regretter de voir punis des aliénés criminels ou délinquants dans les cas où la maladie mentale est la cause indiscutable de l'acte incriminé.

Il n'est jamais suffisant de constater un mal, si faible soit-il, il faut encore en chercher les remèdes. C'est ce qu'ont compris tous ceux qui, de près ou de loin, par des points de détail ou dans des recherches d'ensemble, ont touché à la question des aliénés méconnus et condamnés, et il n'en est pas un seul qui ait failli au devoir de signaler à l'attention du législateur les mesures qu'il croyait propres à supprimer ou à atténuer les inconvénients et les abus en cette matière.

En effet, ou bien les experts se seront trompés en admettant la responsabilité partielle quand il aurait fallu admettre l'irresponsabilité, et alors ces cas rentreront dans la première division de notre second groupe, ou bien les tribunaux n'auront pas tenu compte des réserves de l'expertise, et alors les cas rentreront dans la deuxième. Mais ce sont là des faits dont la discussion soulèverait des questions doctrinales encore vivement controversées, demandant chacune un rapport tout entier, et sortant, me semble-t-il, du cadre plus nettement limité de celui-ci ; ce sont, enfin, des questions d'espèces dont l'appréciation, à moins d'émaner d'aliénistes ayant directement observé les sujets, risque fort d'être au moins aventureuse.

Aux deux grands groupes que je viens de distinguer il y aurait, paraît-il, lieu d'en ajouter un troisième. C'est celui des individus, reconnus aliénés par les médecins-experts, qui bénéficient en conséquence d'une ordonnance de non-lieu et qui, une fois en sûreté à l'asile, tantôt lâissent deviner leur véritable état de santé par le médecin de service, tantôt entrent d'eux-mêmes dans la voie des aveux pour obtenir leur sortie et reprendre impunément le cours d'une existence souvent orageuse. Ce groupe ne serait pas celui qui comprend le moins de sujets et beaucoup de médecins d'asiles pourraient retrouver dans leurs souvenirs des faits de ce genre.

Ces individus sont ceux qu'a décrits M. Carpentier sous le nom de *pseudo-irresponsables* et on peut en rapprocher ceux qui, d'après M. Vallon, font de l'aliénation préventive, se créant ainsi pour l'avenir une sorte d'alibi psychopathique, précieux à invoquer en cas de démêlés ultérieurs avec la justice. Tous ces individus sont aussi des façons d'aliénés méconnus. Il suffira de les mentionner pour mémoire.

Tous les sujets du deuxième groupe, tous ceux qui ont été soumis à un examen médico-légal, s'ils sont bien des aliénés condamnés, ne sont pourtant pas, à proprement parler, des aliénés méconnus. Du moins, ils n'ont pas été méconnus par tout le monde. La société a rempli vis-à-vis d'eux, et dans l'état actuel des choses, tout son devoir. Si l'arrêt rendu a été inique, la faute en est non pas tant à la loi qu'aux hommes chargés de l'appliquer, qui ne sont que des hommes auxquels on ne peut demander toujours la perfection et l'infaillibilité.

Les cas de refus d'expertise sont de plus en plus rares. Les cas d'oubli d'expertise sont plus nombreux, et c'est à eux, qu'à l'exemple des auteurs qui ont déjà traité le sujet, j'ai voulu surtout limiter ce rapport.

Ces remèdes, ces moyens peuvent être *préventifs* ou *réparateurs*. Je vais signaler ceux qui ont été proposés jusqu'à présent. Ce sont d'abord des moyens *préventifs* qui consistent dans le développement de l'enseignement des maladies mentales, de façon à permettre à la plupart des médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance l'office d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation faciles et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles; c'est encore l'extension de cet enseignement aux étudiants des Facultés de droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs, de façon à les mettre en état de mieux reconnaître les cas dans lesquels un doute peut planer sur l'intégrité des facultés intellectuelles des prévenus; c'est, enfin, l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant, en général, pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever dans les autres cas des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse; des garanties données à la société et aux individus par des expertises contradictoires, par la nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés, et par la création des asiles de sûreté, dans lesquels le placement n'y sera effectué que sur avis médical motivé.

Tous ces moyens ont pour but d'empêcher la condamnation d'un aliéné.

Quant aux moyens *réparateurs*, ils peuvent se formuler ainsi : lorsque la condamnation s'est produite, réformation du jugement par la voie de l'appel, et action d'office des procureurs généraux, qui jouissent, dans ce but, d'un délai exceptionnel de deux mois; quand, enfin, la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiatrique des prisons, pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

Psychose polynévritique. — M. Ballet. On doit entendre par psychose polynévritique des syndromes mentaux, associés d'habitude à la polynévrite et reconnaissant la même cause toxico-infectieuse. Je crois qu'au point de vue clinique il faut, parmi ces troubles psychiques, distinguer trois formes spéciales : le délire onérisque, la confusion mentale, les amnésies; ces trois formes pouvant, du reste, dans certains cas se relier les unes aux autres par de nombreux états intermédiaires. J'ai eu l'occasion d'observer il y a quelque temps une malade qui a présenté tous les symptômes de l'affection décrite par Korsakow sous le nom de *psychose polynévritique*. En dehors de ses troubles psychiques (diminution de la mémoire, perte de l'association des idées, perte de la notion de temps et de lieu, conceptions délirantes vagues et sans systématisation, etc.), cette malade était atteinte, lorsqu'elle entra dans mon service, de douleurs dans les jambes et d'une parésie de la vessie et des membres inférieurs.

À l'autopsie, on trouva, outre une dégénérescence graisseuse fort accusée du foie, des lésions névritiques très marquées surtout au niveau des membres inférieurs. À l'œil nu, la moelle et les méninges spinales n'offraient aucune altération, mais il n'en était pas de même au microscope. En effet, les cellules des cornes antérieures, surtout au niveau de la région lombaire, étaient arrondies, leur noyau était rejeté du côté de la périphérie et les granulations chromatophiles avaient plus ou moins disparu. L'uniformité de ces lésions, leur localisation aux

cellules avec intégrité des vaisseaux et de la gangue conjonctive, la prédominance des altérations cellulaires au niveau des régions correspondant à l'origine des nerfs les plus lésés m'autorisent à considérer ces lésions médullaires, non pas comme primitives, mais comme secondaires, consécutives à celles des nerfs et de même nature que celles qu'on observe à la suite de la section expérimentale des troncs nerveux.

Mais les lésions n'étaient pas limitées à la moelle chez ma malade; il en existait également dans le cerveau, et c'est sur celles-ci que je désire particulièrement attirer l'attention, car on ne les a pas encore constatées au cours de la psychose polynévritique. L'examen des coupes du cerveau, colorées par la méthode de Pal, a révélé des lésions exclusivement limitées aux cellules. Leurs contours étaient arrondis, leurs prolongements moins nets qu'à l'état normal, la chromatolyse était très accusée et le noyau situé excentrique. Ces lésions étaient surtout apparentes au niveau de la couche des grandes cellules pyramidales et des cellules géantes de Betz. Il y avait une cellule d'altérée sur trois ou quatre.

En raison de l'analogie de ces lésions avec celles de la moelle, on pouvait se demander s'il s'agissait de lésions primitives ou secondaires. Dans le but de vérifier ce point spécial, j'ai expérimenté avec M. Faure sur quelques chiens auxquels nous avons sectionné, après trépanation, les fibres de projection originaire de la zone motrice.

Il résulte de nos expériences que, chez le chien, la section des fibres blanches sous-corticales est suivie assez rapidement (dès le onzième jour et probablement plus tôt) d'atrophie des grandes cellules pyramidales de la zone motrice.

Ces cellules s'altèrent donc et tendent à disparaître quand leur prolongement cylindraxillaire (fibre de projection) est lésé. Ces faits confirment ceux qu'ont notés von Monakov, Ceni, Dotto et Pusaterie et que M. Marinesso signale aujourd'hui même chez l'homme.

Il nous a été impossible de suivre dans tous les cas le processus qui aboutit à l'atrophie cellulaire. L'impossibilité où nous nous trouvons d'indiquer avec certitude quelles sont les phases de ce processus ne nous autorise pas à trancher encore la question de la nature des lésions des cellules cérébrales que nous avons décrites dans la psychose polynévritique et à dire si ces lésions résultent d'une injure directe faite à la cellule par l'agent toxico-infectieux ou si elles sont secondaires à l'altération du cylindraxillaire par cet agent.

Au point de vue clinique, quand on fait la revue des cas de *cérébropathies psychiques nerveuses* sous l'influence d'une toxicité et présentant la physiologie assignée à la psychose polynévritique, on trouve des psychoses associées à de la polynévrite accusée, de la polynévrite moyenne ou de la polynévrite peu marquée. Il semble donc que l'expression de psychose polynévritique soit mauvaise; au reste, Korsakoff ne l'a proposée qu'en second lieu, il préférerait celle de *cérébro-pathie psychique toxémique*. Cette *cérébro-pathie* devient souvent *neuro-cérébrale toxique*.

J'ajoute que la lésion cérébrale, elle-même, décelable par nos moyens actuels d'investigation anatomo-pathologiques, n'est pas indispensable, le trouble nul de la fonction peut exister avant celui de désorganisation et provoquer peut-être, à lui seul, des symptômes psychiques.

M. Régis. Je crois qu'il n'existe pas de différence absolue entre le délire onérisque, la confusion mentale, et le délire amnésique. Il ne faut voir, dans ces états délirants, que trois variétés d'une même espèce clinique qui serait représentée par la confusion mentale.

En second lieu, j'insisterai sur ce point que la psychose polynévritique n'est pas toujours obligatoirement liée au syndrome de polynévrite. Polynévrite et psychose polynévritique peuvent évoluer indépendamment l'une de l'autre. J'ai même observé un cas où j'ai vu le malade atteint d'abord de troubles psychiques et ne présenter que plus tard des symptômes de polynévrite. J'accorde une mention spéciale à la psychose post-éclampsique, qu'il n'y a pas lieu d'individualiser, comme on a tendance à le faire dans ces derniers temps; cette psychose n'a pas une histoire clinique spéciale; elle fait partie, comme du reste, fort partie aussi les psychoses polynévritiques, du groupe des psychoses se développant à la suite d'une intoxication ou d'une infection et associées ou non au syndrome polynévritique.

M. Mabile. Je me propose de développer des idées presque identiques à celle que M. Régis vient d'exposer, et pour moi, la psychose polynévritique n'est qu'une des formes de l'auto-intoxication. Dans les deux observations que je rapporte, et concernant deux malades alcooliques atteints de troubles psychiques et de polynévrite, j'ai vu persister des troubles prononcés amnésiques longtemps après la disparition des névrites périphériques.

M. Anglade. Je voudrais demander à M. Ballet s'il considère les lésions cellulaires cérébrales qu'il vient de décrire comme lésions spécifiques de la psychose polynévritique? J'ai retrouvé des altérations identiques ou à peu près identiques dans d'autres états morbides, au cours de la tuberculose, d'infections ou d'intoxications diverses, de l'épilepsie.

Peut-être faudrait-il faire une distinction entre l'altération de la trame de soutien de la cellule et la chroma-

tolysse ou altération des éléments chromatiques. Ces éléments chromatiques semblent surtout jouer le rôle d'aliments de réserve, et leur adulation ne présente pas, peut-être, le rôle important qu'on veut leur faire jouer.

M. Ballet. Je reconnais avec M. Régis que les trois formes de psychose que j'ai essayé de séparer : délire onérisque, confusion mentale, délire d'amnésie se relient entre elles par de nombreux intermédiaires; cependant la forme amnésique semble présenter quelques différences symptomatiques; néanmoins ces classifications ne peuvent présenter qu'un caractère artificiel.

Je suis également d'accord avec M. Anglade pour reconnaître que l'on ne doit pas attacher aux lésions cellulaires cérébrales que je viens de décrire un caractère absolu spécifique; j'ai voulu seulement montrer qu'au cours de psychoses polynévritiques, la cellule cérébrale pouvait révéler sa souffrance par une altération de ses éléments chromatiques, le gonflement de son contenu, l'excentricité de son noyau. Ces lésions cellulaires cérébrales ne sont évidemment pas plus spécifiques que ne le sont les lésions des nerfs périphériques. Des causes très diverses d'infection ou d'intoxication peuvent provoquer au niveau des nerfs périphériques le même processus anatomo-pathologique de fragmentation de la myéline et des lésions histologiques qui permettent le diagnostic de névrites périphériques. Derrière ces lésions anatomo-pathologiques se cache la notion étiologique, que la clinique doit s'efforcer de mettre en lumière.

Dégénérescence et neurasthénie. — M. Bidon (de Marseille). Mes recherches sur les rapports de la dégénérescence et de la neurasthénie mettent en lumière une vérité tout à fait conforme aux données de la pathologie générale. L'intensité de la cause déterminante est en raison inverse de la prédisposition héréditaire. Quand les tares ancestrales manquent, des surmenages prolongés sont seuls neurasthénisants; avec une hérédité chargée, la maladie apparaît même sans cause appréciable.

Le rôle de l'hérédité dans la neurasthénie semble le même que dans la dégénérescence, et les stigmates des deux états sont analogues. Ils sont anatomiquement légers, l'adhérence du lobe de l'oreille les représente presque seuls. Les stigmates fonctionnels consistent en sensations plus pénibles que douloureuses, de couronne, de casque, de plaque, en amyosthénie matutinale, atténuée par les repos, en dyspepsie flatulente. Ils correspondent aux douleurs et à la débilité physique des héréditaires. Les stigmates psychiques se rapprochent encore plus de ceux de la dégénérescence. Les stigmates sociaux se retrouvent de même, et l'on peut dire que la neurasthénie déprimée est un malade extra social, démoralisé son entourage. La neurasthénie, comme la dégénérescence, marque ainsi la défaite de l'homme dans la lutte pour la vie.

Ramollissement pédonculaire d'origine tuberculeuse; syndrome de Weber. — M. d'Astros (de Marseille). Je viens d'observer un cas intéressant de ramollissement pédonculaire chez un jeune enfant, bacillaire pulmonaire, au cours d'une méningite tuberculeuse. La symptomatologie clinique n'était pas celle d'une méningite classique de la base. Il n'y eut ni vomissements, ni céphalée pénible, ni constipation. On remarqua dès le début une épilepsie jacksonienne sous forme hémiplégique qui fit diagnostiquer une localisation tuberculeuse de la connexité. Peu après se déclara un syndrome de Weber typique.

À l'autopsie, j'ai constaté, au niveau des parties protubéro-pédonculaires, un ramollissement de la substance nerveuse dont le substratum anatomique résidait dans une lésion veineuse, et non dans une lésion artérielle. C'est là un cas très rare de localisation par thrombose bacillaire veineuse, le processus d'artérite étant d'ordinaire presque toujours en cause.

Fausse angine de poitrine consécutives à un rêve subconscient. — M. P. Farez. En présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte pas une origine psychique, consciente ou subconsciente, comme, par exemple, un rêve. Le syndrome angineux n'a qu'une valeur sémiologique; le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique, mais *étiologique*; il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque; il faut encore et surtout le prémunir contre la réapparition de la cause souvent morale qui a engendré ce syndrome. Enfin, l'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause soupçonnée; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour; il rétablit le calme dans ces organismes troubles; il est capable de réaliser à lui seul cette *thérapie morale* dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ces cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Des lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire. — M. A. Rispoli (de Toulouse). J'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme. La méthode de Nissl a permis de constater une diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce cérébrale

dans les zones psycho-motrices, une atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent, et, enfin, une infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes de nature vraisemblablement névroglique dans les parties profondes de l'écorce et principalement autour des cellules pyramidales en voie d'atrophie. L'existence de lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

Syndrôme de Little d'origine obstétricale; amyotrophie tardive à type hémiplégique. — M. Boinet. Je viens d'observer chez un petit garçon âgé de trois ans, un syndrome de Little d'origine nettement obstétricale et que je range dans la forme cérébro-spinale décrite par Little en 1862. Il ne s'agit pas, en effet, dans ce cas, d'un défaut de développement des faisceaux pyramidaux. La syphilis doit aussi être éliminée. Il est probable que ce syndrome s'est développé à la suite d'une hémorragie méningée, suivie elle-même de lésions cérébrales scléreuses. L'amyotrophie secondaire et tardive des membres supérieur et inférieur gauche cadre bien avec cette interprétation. Enfin, pour éviter les confusions, il conviendrait, je crois, de réserver le nom de *maladie de Little* aux états paréto-spasmodiques survenant chez des enfants nés avant terme et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

(A suivre.)

A. SICARD.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

27 Mars 1899.

Toxalbumine de la chair d'anguille de rivière. — M. Elophe Benech. A la suite de la découverte de la toxicité du sang d'anguille par A. Mosso, en 1888, l'auteur s'est demandé si les autres tissus de l'anguille de rivière ne contiendraient pas aussi quelque principe toxique analogue à celui de son plasma sanguin.

L'auteur a retiré d'une anguille de 600 grammes 2 grammes à 2 gr. 50 d'une albumine qui ne contient ni phosphore ni manganèse, mais renferme des traces de fer.

Cette albumine est toxique; on en dissout 0 gr. 20 dans 40 centimètres cubes d'eau salée à 7 pour 1000; 8 centimètres cubes de cette solution injectée dans la margine d'un lapin de 2 kg. 210 produisent la série de phénomènes suivants :

Quelques minutes après l'injection: paralysie postérieure et somnolence de l'animal; quatre heures après: disparition complète de la sensibilité, paralysie progressive, opisthotonos, myosis; la percussion vertébrale provoque les convulsions cloniques. Mort six heures après l'injection.

La solution de cette albumine toxique est très sensible à l'action de la chaleur. En injection intra-veineuse, elle retarde la coagulation du sang, tandis qu'elle la favorise *in vitro*.

De l'étude faite par la méthode de Chibret, il semble ressortir que cette toxine se rapproche de la toxine tétanique, au moins par l'un de ses caractères.

Prédispositions morbides de la période puerpérale; hyperglycémie et déminéralisation. — M. Charrin. Plus les connaissances bactériologiques s'accroissent, plus grandit l'importance des modifications organiques propres à influencer la multiplication ou le fonctionnement des microbes. Vivants à l'état latent sur les revêtements cutanés et muqueux, ces microorganismes attendent l'heure du changement qui va créer un milieu favorable. Mais il est difficile de déterminer avec précision les variations d'ordre chimique survenues dans la composition des tissus ou des humeurs de l'économie, qu'on désigne habituellement par « modifications du terrain, prédispositions, opportunité, etc. ».

On sait qu'au moment des accouchements, les streptocoques, les colibacilles engendrent une série d'infections. Pourquoi évoluent-ils en ce moment? On a incriminé les émotions, les hémorragies, parfois l'état des viscères, souvent la plaie placentaire, etc. En réalité, ces causes sont illusoire et ne font que cacher notre ignorance de raisons plus profondes qu'il importe de rechercher.

On observe la glycosurie chez les femmes enceintes 40 fois sur 100. Le sucre le plus commun est du glucose; parfois, au neuvième mois, ou après l'accouchement, du lactose; par exception, du lévulose ou du saccharose. Il suffit de faire ingérer à des femmes arrivées au terme de leur grossesse 60 grammes à 120 grammes de glucose pur pour faire apparaître la glycosurie alimentaire; à l'état normal, on n'obtient ce même résultat sur les mêmes individus qu'avec 450 ou 180 grammes.

Ainsi la consommation du sucre est ralentie; d'autre part l'organisme en produit davantage; il en résulte une accumulation de sucre, une hyperglycémie. Or, l'expérimentation et la clinique s'accordent à proclamer que cette hyperglycémie favorise l'écllosion du mal.

D'autre part, les tissus du nouveau-né sont relative-

ment riches en fer, sans qu'on puisse attribuer à cet élément une autre origine que celle qui résulterait de sa spoliation à l'organisme maternel; le fer de la rate diminue pendant le développement fœtal.

L'organisme paraît donc subir une déminéralisation; pour cette nouvelle raison, il se trouverait en opportunité morbide.

Action du pancréas sur la toxine diphtérique. — MM. Charrin et Leyaditi. Certaines toxines (toxine pyocyanique, toxine diphtérique, toxine tétanique), introduites dans l'intestin, sont atténuées de façon variable.

En mettant au contact du tissu pancréatique une dose mortelle de toxine diphtérique, on atténue cette toxine à tel point que le suc global injecté à un animal ne détermine plus la mort; au contraire, la même toxine mise au contact de tissu musculaire ne perd pas ses qualités actives.

Le pancréas agit par ses éléments diastatiques; il doit, vraisemblablement opérer une sorte de digestion. Toutefois, à coup sûr, le processus ne relève pas d'un mécanisme antitoxique.

Sur un nouvel appareil destiné à l'orientation des radiographies et à la recherche des corps étrangers. — M. A. Londe. En radiographie, l'image d'un corps étranger ne peut être repérée par rapport aux images des parties voisines du squelette que dans un seul cas, c'est lorsque l'ampoule est placée exactement dans la perpendiculaire abaissée du centre d'émission sur la plaque sensible, en passant par le corps étranger. Pour toutes les autres positions de l'ampoule, on aura des déplacements de l'image du corps étranger qui sera projetée sur d'autres parties squelettiques.

On peut donc poser en principe qu'une radiographie, pour être exacte, devra être orientée; l'interprétation d'une radiographie non orientée induira souvent le chirurgien en erreur.

Pour satisfaire à cette condition, l'auteur a fait construire par M. Radiguet un *radioscope explorateur* qui résout le problème et permet facilement de placer le corps étranger dans la perpendiculaire.

Le même appareil permet également de déterminer la profondeur du corps étranger; ce résultat est obtenu au moyen d'une simple lecture et sans aucun calcul.

Enfin, deux repères imprimés sur la peau peuvent indiquer au chirurgien les points d'entrée et de sortie d'une ligne droite idéale passant par le corps cherché.

La mort par les courants électriques (courants continus). — MM. J.-L. Prévost et F. Battelli. Le mécanisme de la mort par les courants continus est semblable dans ses grandes lignes à celui que l'on constate avec les courants alternatifs. Il y a cependant plusieurs différences.

Les chiens meurent par paralysie du cœur avec des tensions basses de 50 à 70 volts, tandis que la respiration continue encore pendant plusieurs minutes. Les ventricules présentent le tremblement fibrillaire, les oreillettes continuant à battre.

Avec les voltages élevés (550 volts), le cœur est arrêté par une seule secousse (fermeture et rupture), la respiration est suspendue pendant plusieurs secondes, puis elle reprend, mais faible et superficielle et ne tarde pas à s'arrêter.

Pour provoquer les trémulations fibrillaires des ventricules avec un courant continu, il faut une tension d'au moins 50 à 70 volts, les électrodes étant placées dans la bouche, dans le rectum et sur les cuisses, tandis qu'une tension de 10 volts suffit avec le courant alternatif; mais tandis qu'avec le courant alternatif, la durée du contact doit être au minimum d'une seconde, avec le courant continu une seule secousse (un dixième de seconde) suffit.

Chez les cochons d'Inde le cœur peut aussi être mis en trémulations fibrillaires. Pour produire ce phénomène, il faut un courant d'une tension d'environ 100 volts; mais la paralysie du cœur produite par le courant continu paraît être moins définitive qu'avec le courant alternatif. Assez souvent le cœur se remet à battre après avoir présenté des trémulations fibrillaires; mais dans d'autres cas, le cœur s'arrête définitivement, surtout si le voltage n'est pas trop élevé. Une tension de 200 à 300 volts paraît être la plus favorable pour arrêter le cœur. Il est bien rare au contraire que le cœur soit paralysé par un voltage de 550 volts.

Chez le lapin, l'état fibrillaire du cœur n'est généralement que momentané, aussi l'animal ne meurt que rarement à la suite de l'arrêt du cœur.

Chez les rats, le cœur ne peut être mis en trémulations fibrillaires durables. Avec des voltages de 400 à 550 volts, nous avons constaté l'arrêt des contractions des oreillettes pendant une à deux minutes, tandis que les ventricules continuaient à battre.

Chez tous les animaux, la sensibilité paraît être plus fortement atteinte par les courants continus que par les courants alternatifs.

Il en est de même de la respiration; ainsi, avec une tension de 550 volts et avec un contact d'une seconde, le cochon d'Inde et le rat meurent par paralysie de la respiration, le lapin présente une respiration très faible mais qui se rétablit peu à peu; le chien n'exécute que quelques faibles inspirations qui s'arrêtent bientôt car le cœur est chez lui irrévocablement paralysé.

Dans une communication faite à l'Académie des

sciences (3 Avril 1887), M. d'Arsonval a affirmé que les courants continus ne sont dangereux que par l'extracourant de rupture. Or, les courants employés par les auteurs ne présentent qu'un faible extracourant de rupture, le circuit étant en dérivation sur le courant principal.

Pour étudier l'influence que peuvent offrir les secousses de fermeture et de rupture des courants continus, les auteurs ont employé un rhéostat liquide offrant une résistance de zéro à 15.000 ohms.

Ce rhéostat était placé dans le circuit de l'animal et permettait d'augmenter ou de diminuer à volonté la résistance. Les secousses de fermeture et de rupture étaient ainsi presque complètement supprimées.

Voici les résultats obtenus :

La respiration et la sensibilité se comportent de même, qu'il y ait ou non des secousses de fermeture et de rupture. Les convulsions sont au contraire surtout provoquées par la secousse de rupture. Quant au cœur, les trémulations fibrillaires peuvent survenir sans que le circuit soit fermé ou ouvert brusquement.

(A suivre.)

E. JULIA.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

7 Avril 1899.

Exagération des réflexes, clonus du pied et de la main sans contracture dans un cas d'hémiplegie organique. — M. Louis Rénon. Chez un homme de trente-huit ans, atteint d'endartérite syphilitique de l'artère sylvienne gauche, je viens d'observer un fait bien anormal, en contradiction avec ce que nous savons de la valeur sémiologique de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde comme signes précurseurs de la contracture.

Ce malade avait une hémiplegie gauche, et il n'a pas eu de contracture, bien qu'il ait présenté, dès le sixième jour, de l'exagération du réflexe rotulien et du réflexe tendineux du poignet, et, dès le quatorzième jour, de la trépidation épileptoïde avec clonus du pied et de la main. Le phénomène était si marqué le quarante-septième jour, que le moindre contact, le moindre frottement du pied et de la main produisaient un véritable tremblement passager.

J'avais cru devoir prédire la contracture précoce du côté hémiplégié; pendant cinq mois, elle n'est point apparue, et, maintenant que le malade a recouvré ses mouvements, que l'exagération des réflexes a très notablement diminué et que la trépidation épileptoïde a disparu, elle ne me paraît guère probable.

Sans faire aucune hypothèse pour expliquer cette anomalie, je pense que ce fait clinique doit être rapproché des cas analogues rapportés par Bastian et van Gehuchten, et sur lesquels ce dernier auteur a encore récemment insisté.

Exploration du rein par la glycosurie phloridzique. — MM. Achard et Dulamare. La phloridzine possède la propriété de provoquer la glycosurie en exerçant sur le rein une action spéciale, dont l'existence est démontrée par les recherches physiologiques, mais dont le mécanisme n'est pas encore parfaitement connu.

Chez les malades atteints de néphrite chronique, Klemperer avait noté que, parfois, l'ingestion de phloridzine n'amenait pas de glycosurie. Magnus Lévy, il est vrai, avait contesté ces résultats, ayant observé que la phloridzine injectée sous la peau provoquait une glycosurie parfois très abondante chez des sujets affectés de lésions rénales. Reprenant ces recherches, il nous a paru qu'en injectant une dose minime de phloridzine et en étudiant méthodiquement l'apparition, la durée, la quantité de la glycosurie, on en pouvait tirer des indications relativement à l'état des fonctions rénales.

Pour faire cette épreuve de la phloridzine, nous injectons sous la peau 3 milligrammes de phloridzine et nous recueillons l'urine au bout d'une demi-heure, d'une heure, puis d'une heure en heure, et nous y recherchons le sucre.

Chez les sujets sains ou n'ayant pas de signe de lésions rénales, la glycosurie s'est montrée dans le délai d'une demi-heure à une heure, durant de deux à quatre heures, atteignant le chiffre de 1 à 2 grammes de sucre en moyenne. Mais comme il ne faut pas attribuer aux résultats du dosage une précision trop rigoureuse, nous admettons que la limite inférieure de la glycosurie régulière est comprise entre 0 gr. 50 et 1 gramme et sa limite supérieure entre 2 grammes et 2 gr. 50. Sur 35 sujets de cette catégorie, nous avons eu 8 autopsies confirmatives; les reins étaient sains (5 fois) ou présentaient des lésions très limitées (tubercules), laissant intacte la presque totalité du parenchyme ou étaient le siège d'une lésion terminale et récente (dégénérescence graisseuse), n'ayant pu influencer l'épreuve de la phloridzine qui avait été pratiquée longtemps auparavant.

Dans un autre groupe de faits, la glycosurie a fait défaut ou a été légère. Sur 43 autopsies, 10 fois des lésions profondes des reins ont été trouvées; 2 fois les reins n'étaient pas altérés, et il est vraisemblable qu'il s'agissait seulement de troubles fonctionnels. 32 malades avaient des signes de lésions rénales et notamment de l'albuminurie; 4 n'avaient point d'albumine. Le plus

souvent l'apparition du sucre était retardée dans les cas de cette catégorie.

Chez quinze malades, la glycosurie au lieu d'être diminuée comme durée et comme quantité, se prolongeait plusieurs heures, tantôt sans que la quantité totale du sucre dépassât la normale, tantôt avec une exagération de cette quantité. Dans un de ces cas de glycosurie prolongée, suivi d'autopsie, le rein présentait un peu de dégénérescence graisseuse.

Enfin cinq fois la glycosurie a été exagérée comme quantité (jusqu'à plus de 6 grammes), sans que sa durée fut supérieure à l'état normal.

Dans la grande majorité de ces cas de glycosurie irrégulière, il y avait lieu d'admettre ou de soupçonner l'existence de troubles des fonctions rénales.

Comme l'épreuve du bleu de méthylène, celle de la phloridzine paraît apte à révéler des troubles fonctionnels du rein sans lésion anatomique et d'une durée passagère. Comme elle aussi, elle peut indiquer un vice des fonctions rénales chez des sujets qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'albuminurie.

On peut très facilement combiner les deux épreuves en injectant, en une seule fois, 5 centigrammes de bleu et 5 milligrammes de phloridzine. Les résultats des deux épreuves, faites au même moment, ne concordent pas toujours. Nous avons vu plusieurs fois le bleu indiquer un certain degré d'imperméabilité, alors que la phloridzine donnait une glycosurie régulière. L'inverse peut aussi s'observer. Ces discordances n'ont rien de surprenant, puisque les deux épreuves n'agissent pas en vertu d'un mécanisme identique : l'élimination du bleu de méthylène par le rein est un phénomène certainement plus simple que le passage du sucre dans l'urine sous l'influence de la phloridzine ; ce dernier met bien plus en jeu l'activité rénale et non pas la simple perméabilité.

En résumé, dans les cas où les fonctions rénales paraissent défectueuses, les irrégularités de la glycosurie phloridzique sont trop fréquentes pour qu'on puisse les considérer comme fortuites. Sur plus de 130 observations, il n'en est guère qu'une dizaine dont on pourrait arguer contre cette manière de voir. Aussi pensons-nous que la réaction du rein à la phloridzine mérite d'être étudiée par les cliniciens. Nous ne connaissons pas, il est vrai, d'une façon précise, le mécanisme de la glycosurie phloridzique, mais nous ne sommes pas non plus fixés sur la pathogénie de l'albuminurie, et, pourtant, la recherche de l'albumine est justement considérée comme l'une des ressources les plus précieuses de la sémiologie rénale.

Note sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques. — M. Rendu. Un jeune garçon de dix-sept ans entra, le 9 décembre 1898, dans mon service à l'hôpital Necker. Il avait, à ce moment, l'apparence d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique qui s'annonçait comme exceptionnellement grave. Tous les symptômes existaient, y compris les symptômes intestinaux : diarrhée oreuse, inconsciente, très fétide ; mais ceux qui prédominaient étaient les symptômes cérébraux : somnolence, céphalée extrême, tremblement et contraction fibrillaire des muscles.

En présence de cet état, je crus d'abord à l'invasion d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale. J'instituai un traitement balnéaire intensif ; six bains à 24° par jour. Les bains furent mal supportés, les symptômes nerveux devinrent plus graves.

Deux jours après, la maladie entra brusquement dans une phase nouvelle, le tableau clinique changea du tout au tout : la température s'abaissa, le pouls s'accéléra, 120, 130, 140. Le malade prit un aspect franchement cérébral : facies immobile, pupilles inégales, ventre déprimé en bateau, larges marbrures violacées sur l'abdomen et sur les membres ; attitude en chien de fusil ; signe de Kernig.

Ces signes évidents de méningite cérébro-spinale s'accrochèrent rapidement, et le malade s'éteignit le 13 décembre.

À l'autopsie, les lésions confirmèrent absolument le diagnostic de méningite cérébro-spinale porté dans les derniers jours de la vie.

L'examen bactériologique pratiqué par M. Rist a fait reconnaître l'existence du streptocoque pyogène seul. Il est donc certain que l'organisme pathogène de cette méningite cérébro-spinale n'était pas le pneumocoque.

M. Netter. Parmi mes observations, deux seulement me montrèrent un agent pathogène se rapprochant du streptocoque ; il est certain que dans ces cas ce microbe se différencie nettement du pneumocoque. Mais, entre le pneumocoque vrai et le streptocoque typique, j'ai pu isoler, dans mes autres observations de méningite cérébro-spinale, toutes les transitions possibles. La question est donc très délicate et demande à être réservée.

Quant au traitement de la méningite cérébro-spinale, je crois qu'il n'en est pas de plus actif que la balnéation chaude (bains fréquents à 38°). C'est ce traitement qui calme le mieux les douleurs, souvent très vives, et les contractures.

Pour terminer, je demanderai à M. Rendu si les fièvres typhoïdes à forme cérébro-spinale ne lui semblent pas plus fréquentes actuellement ; mes recherches tendent à établir, en effet, que ces formes sont plus souvent observées pendant les épidémies de méningite cérébro-spinale.

M. Rendu. Cette constatation me paraît très exacte, je

ne pourrais cependant pas fournir de statistique pour la contrôler.

E. DE MASSARY.

PRATIQUE MÉDICALE

L'éther à haute dose dans le traitement de l'urémie à forme respiratoire.

Le meilleur traitement de l'urémie à forme respiratoire avec rein perméable consisterait, suivant M. Lemoine (de Lille), à administrer l'éther à haute dose.

D'heure en heure ou de deux en deux heures, selon la gravité de l'accès, on fait une injection profonde d'éther de 3 ou 4 centimètres cubes. Afin d'éviter la brûlure du derme, qui est très douloureuse, les injections seront faites dans les muscles de la fesse, de la cuisse ou du bras. Dans l'intervalle des injections, on donne de l'éther par la bouche, à raison de trois ou quatre cuillerées à café dans de l'eau sucrée.

Ce médicament est assez pénible à avaler ; cependant on doit l'imposer et continuer la médication durant trois, quatre, cinq et six jours, en variant les doses suivant l'état du malade. Lorsqu'on juge opportun de diminuer l'intensité du traitement, on commence par restreindre le nombre des injections, toujours très douloureuses, en continuant à donner de l'éther par la bouche.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le thiocol.

Le thiocol (ortho-sulfo-gaïacolate de potassium), renfermant environ 60 pour 100 de gaïacol, est une poudre blanche, finement cristalline, d'une saveur légèrement salée mais nullement désagréable ; se conservant parfaitement dans des flacons en verre de couleur ; soluble dans quatre parties d'eau froide ou une partie d'eau chaude, ou encore dans l'alcool étendu à 50 pour 100 ; insoluble dans l'éther et dans les corps gras.

Si l'on ajoute à sa solution aqueuse une goutte de perchlorure de fer, on obtient une coloration violette, qui se change en jaune blanchâtre par l'addition d'ammoniaque. Cette réaction est très importante à noter, car il existe un isomère du thiocol qui est toxique, et qui, soumis au même réactif, prend une teinte nettement caractéristique, semblable à celle du vin de Bordeaux rouge.

D'après les expériences faites sur les animaux, chiens et lapins, par MM. Rossbach, à l'Institut médico-chimique de l'École supérieure de Berne, et Jaquet, professeur de clinique médicale à l'Université de Bâle, le thiocol administré, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées, n'est pas toxique ; il n'aurait aucune influence pernicieuse sur l'hématopoïèse. Bien au contraire, dans la plupart des cas observés, on aurait noté une augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

De plus, MM. Rossbach et Jaquet ont observé que le thiocol est assimilé avec une facilité surprenante dans la proportion de 70 pour 100.

La facilité avec laquelle il est absorbé dans l'économie permet de l'employer à doses élevées ; c'est ainsi qu'on pourra le prescrire à la dose quotidienne de 10 à 15 grammes, même pendant un temps assez long, sans avoir aucun incon vénient à enregistrer.

Il est indiqué comme le gaïacol. Chez le tuberculeux, il ne détermine ni malaises ni troubles gastro-intestinaux ; même à hautes doses, il n'occasionne jamais de diarrhée ; il n'est donc pas caustique. Il a surtout pour effet de tarir les sécrétions bronchiques.

Mode d'emploi. Doses. — Sirop Roche au thiocol (sulfo-gaïacolate de potassium) :

Une cuillerée à soupe contient 4 gramme de thiocol, soit 0 gr. 60 de gaïacol cristallisé.

Une cuillerée à café contient 0 gr. 33 de thiocol, soit 0,20 de gaïacol cristallisé.

Pour les adultes : six à huit cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Pour les enfants : trois à six cuillerées à café, suivant la gravité des cas.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Congrès des médecins aliénistes. — La première séance du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, au nombre de cent cinquante environ, a eu lieu mardi matin à dix heures, à l'École de médecine de Marseille, sous la présidence de M. Doutrébeut, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Blois.

M. Flaissières, maire de Marseille, a pris le premier la parole pour souhaiter la bienvenue à ses collègues.

Le président a prononcé ensuite un discours dans lequel il a rappelé les services rendus par plusieurs médecins aliénistes marseillais.

Dans la soirée une grande réception a eu lieu à l'hôtel de ville en l'honneur des membres du Congrès.

Radioscopie médicale. — M. A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 16 Avril, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques :

À 10 heures : conférence de radiologie (les rayons de Röntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical).

À 10 h. 1/2 : présentation et examen radioscopique des malades.

Les blessés espagnols à Manille. — Un séjour de deux mois dans la baie de Manille au moment du blocus de cette baie par les Américains a permis à M. Brémand de faire quelques observations intéressantes, qu'il consigne dans le numéro de Février des *Archives de médecine navale*.

Le nombre des blessés espagnols a été extrêmement restreint, et les troupes ont eu plus à souffrir des mauvaises conditions hygiéniques que du feu de l'ennemi. Cependant, quelques exemples indiquent l'innocuité fréquente des blessures par des balles de petit calibre, et animées d'une vitesse initiale considérable : membres traversés de part en part, sans effusion notable de sang avec orifices d'entrée et de sortie minuscules, et cicatrisation en quelques jours avec restitution *ad integrum* des fonctions du membre lésé ; os ne présentant d'autres lésions qu'une perforation à l'emporte-pièce. La poitrine elle-même, l'abdomen ont pu être ainsi traversés de part en part, sans lésions suffisantes pour arrêter la marche en avant du blessé.

M. Brémand signale, par exemple, deux malades : l'un ayant reçu une balle pénétrant dans le dos, entre la 9^e et la 10^e côte, à deux travers de doigt à gauche de l'épine dorsale, et ressortant en avant à 1 centimètre en dehors et à droite de l'appendice xiphôïde ; un autre atteint d'une balle entrée sous la clavicule gauche et ressortie entre l'omoplate gauche et la colonne vertébrale, et qui se sont rendus sans soutien à l'ambulance, et ont pu reprendre leur service actif après quelques jours seulement de présence à l'hôpital.

Si M. Brémand ne formule pas de conclusions fermes en raison du petit nombre de cas qu'il a pu en enregistrer, ce qu'il a vu l'incline à penser que, par l'emploi de projectiles de petit calibre et animés d'une vitesse considérable, on ne pourra arrêter l'élan d'une troupe d'infanterie ou de cavalerie vigoureusement conduite.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 13^e semaine, 1,393 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (1,341) et à la moyenne ordinaire des semaines de mars (1,037).

L'excès des décès actuels sur la moyenne qui était pour la semaine dernière de 284 s'élève donc pour la 13^e semaine à 336. La grippe, sous toutes ses formes, est la cause principale de cette augmentation. Toutefois, il convient de noter aussi l'accroissement de la diarrhée infantile.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 265 décès, au lieu de 230 pendant la semaine précédente, et au lieu de 167, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 94 décès (au lieu de 81 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 50), dont 69 sont dus à la congestion pulmonaire.

Il n'est pas douteux que l'excès des chiffres actuels sur les chiffres moyens (au total 142) ne représente des décès dus à la grippe. On remarquera que les chiffres relatifs à la bronchite, soit aiguë, soit chronique, ne sont pas majorés par l'épidémie ; au contraire, la grippe présente le plus souvent les mêmes signes que la broncho-pneumonie, la pneumonie et la congestion pulmonaire.

En outre, 70 décès ont été attribués à la grippe ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippale, bronchite grippale, etc.).

La diarrhée infantile qui, jusqu'à présent, avait été au-dessous de la moyenne malgré l'élevation de la température, présente une brusque augmentation. Elle a causé 50 décès de 0 à un an (au lieu de la moyenne 31).

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (au lieu de 14 pendant la semaine précédente). La rougeole, en augmentation sur les semaines précédentes, a causé 32 décès (la moyenne est de 20) ; les quartiers les plus atteints sont : Saint-Lambert (4), Plaisance (3), Grandes-Carrières (3) et Clignancourt (1). La scarlatine a causé 5 décès (la moyenne est 3). La coqueluche, assez fréquente depuis le commencement de l'année, a causé 16 décès (au lieu de la moyenne 6). La diphtérie n'en a causé que 4 (la moyenne est de 13). Il n'y a pas eu de décès par variole.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHOUX, imprimeur 1, rue Cassette

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'Extrait de foie de morue Vivien, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'Extrait Vivien n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le Vin de Vivien

Une cuillerée de VIN équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une DRAGÉE-PILULE équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1888 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère. Rétablit les forces, l'appétit, les digestions. Très utile à tous les malades affaiblis. Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bœuf. Aliments des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté. Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. Ioduratum. Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bœuf. Aliments des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté. Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. Ioduratum. Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux. LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÈRES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { Se combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.
LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Huile de foie de morue synthétique **MORUINE SOUQUE** Préparé par E. FALIÈRES
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse. **RECONSTITUANT GÉNÉRAL.** Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, sésis, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIÈRES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
CACHETS..... FALIÈRES, à 0gr.25 | De Glycérophosphate de Quinine pur
PILULES..... FALIÈRES, à 0gr.10 |
SUPPOSITOIRES FALIÈRES, à 0gr.25 |
E. FALIÈRES & Cie, à l'Éclairage et Pharmacies

REMEDÉ SOUVERAIN CONTRE LES **DIARRHÉES** des adultes et des enfants
Efficace aussi dans les Cas Tuberculeux
Tannalbine KNOLL (Marque déposée)
D'après le professeur D^r GOTTLIEB REIDELBERG
Toutes les autorités s'accordent pour tribuer à ce produit la première place entre toutes les préparations du tannin, à cause de son action aussi énergique que prompt, et de son innocuité.
DOSE JOURNALIÈRE { Pour adultes, 3 à 5 fois 1 gr.
Pour enfants, la moitié.
RELATIONS SCIENTIFIQUES A DISPOSITION SUR DEMANDE
S'adresser, pour tous les détails, à Alex. BUCHET, 4, rue de Rivoli, PARIS

MORRHUOMALTOL GLYCÉROPHOSPHATE DE ECALLE
Reconstituant Général des SYSTEMES OSSEUX, NERVEUX et SANGUIN. — Renfortissant tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : Chlorure, Bromures, Iodures, etc. du Malt, Diastase, etc. et 0gr. 25 de Ech* gratuit aux Médecins. Ph^o, 38, R. du Bac, Paris. [Glycéro-phosphate de chaux chimiquement pur par dose.

EN CETTE SAISON la **SOLUTION BOURGUIGNON** AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ et CHIMIQ PUR
REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Prix du Flacon : **4 fr. 50**

LE SIROP ROCHE

permet le Traitement intensif par le **Gaiacol Soluble** à haute dose sans aucun inconvénient pour les Voies digestives
Une cuillerée à café représente exactement 0 gr. 20 de Gaiacol cristallisé en dissolution dans du Sirop d'écorces d'orange.

LE SIROP ROCHE est Préparé par Ch. WEISS, Pharmacien de 1^{re} Classe 30, Boul^d Magenta, PARIS
VENTE EN GROS : HERRMANN & BARRIÈRE 152, Rue Saint-Antoine, PARIS

PHTISIE PULMONAIRE
Bronchites Chroniques catarrhales

ENVOI d'Echantillons et Notices sur demande

Prix du Flacon : **4 fr. 50**

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARRETH, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Sennec.
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

TUMEUR MALIGNE DU TESTICULE; DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU TESTICULE, par M. le professeur S. DUPLAY. 169

LES GANGLIONS LYMPHATIQUES DANS LES PROCESSUS INFECTIEUX, par M. MARCEL LABBÉ. 171

MÉDECINE PRATIQUE

L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé, par M. P.-A. MESSARD. 173

ANALYSES

Pathologie générale : Paralyse générale et syphilis, par M. W. V. SPEYR. 175

Médecine expérimentale : Les antitoxines pneumococques, par M. WASSERMANN. 176

Médecine : Le cœur sénile normal; xérose du cœur, par MM. BOY-TEISSIER et SESQUIÈS. 175

Maladies des enfants : Pathologie de la rougeole, par M. P. STEFFENS. — Des laryngites suffocantes au début de la rougeole, par MM. A. SEVERSTE et E. BOSKUS. 175

Neurologie et psychiatrie : Contribution à l'étude des paralysies post-typhiques, par M. FERREUCCIO SCHUPFER. 176

Maladies des voies urinaires : Cystocèle inguinoscrotale, par M. ROCHE. 176

Rhinologie, otologie, laryngologie : Lymphosarcome du naso-pharynx, par M. PIERRE. 176

Les cours payants à la Faculté, par M. E. DE LAVARENNE. 141

X^e Congrès français des médecins Aliénistes et Neurologistes (tenu à Marseille du 4 au 9 Avril 1899) : 142

Communications diverses 142

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La Salipyrine. 143

L'Institut Pasteur de Lille. 143

Voir les Nouvelles à la dernière page.

CARABANA PURGE GUÉRIT
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

GUILLIERMOND SIROP
 IODO-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE : Dioptrique oculaire. Fonctions de la rétine. Les mouvements oculaires et la vision binoculaire, par le Dr TSCHERNING. 1 vol. in-8° Jésus, de 338 pages, avec 201 figures. Prix : 12 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 29, 12 AVRIL 1899.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 17 Avril 1899, à 1 heure. — M. TACHOUJIAN : Asystolie provoquée par l'épanchement pleural dans la myocardiopathie chronique; MM. Potain, Fournier, Gaucheri, Gilles de la Tourette.

Mercredi 19 Avril 1899, à 1 heure. — M. BOUVY : Considérations bactériologiques, cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie des enfants; MM. Potain, Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette. — M. DUVAL : Contribution à l'étude des complications méningo-médullaires de la blennorrhagie; MM. Fournier, Potain, Gaucher, Gilles de la Tourette. — M. DEBOUQUÉ : De la pharyngothérapie dans l'ozéne; MM. Tillaux, Joffroy, Walther, Dupré. — M. MASCARÉL : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche; MM. Tillaux, Joffroy, Walther, Dupré. — M. AGRICOLE : Équivalents délirants des accès épileptiques; MM. Joffroy, Tillaux, Walther, Dupré. — M. WEILL : Recherches sur l'appareil auditif chez les épileptiques; MM. Joffroy, Tillaux, Walther, Dupré.

Judi 20 Avril 1899, à 1 heure. — M. BERNARD (Paul) : Diagnostic clinique des paralysies du moteur oculaire commun; MM. Panas, Berger, Poirier, Albarran. — M. NALPASSE : Étude historique et opératoire de la hernie inguinale, sa cure radicale par le procédé du professeur Berger; MM. Berger, Panas, Poirier, Albarran. — M. BARDON : De la désarticulation du pied par le procédé de Syme (d'Edimbourg). — M. TARDIF : Contribution à l'étude clinique de quelques analgésiques viscéraux profonds dans l'ataxie locomotrice progressive (analgésie trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire); MM. Raymond, Chantemesse, Charrin, Langlois. — M. HÉRY : Contribution à l'étude de la tuberculose de la protubérance; MM. Raymond, Chantemesse, Charrin, Langlois. — M. BERNARD (Pierre) : Les cancers primitifs multiples; MM. Chantemesse, Raymond, Charrin, Langlois.

Vendredi 21 Avril 1899, à 1 heure. — M. OZANNE : De l'hémostase par le sérum gélatiné; MM. Pouchet, Lancereaux, Wurtz, André. — M. BOURGEOIS : Du colome comme diurétique dans les affections valvulaires du cœur; MM. Pouchet, Lancereaux, Wurtz, André.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 Avril 1899. — 1^{er}: MM. Retterer, Sebileau, Faure. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Blanchard, Rémy, Launois. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Pinard, Walther, Legueu. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Lannelongue, Poirier, Varnier. — 3^e Oral (Première partie) (3^e série) : MM. Terrier, Lejars, Lepage. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Lancereaux, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Blum, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu : MM. Delens, Humbert, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Teissier, Dupré.

Mardi 18 Avril 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Quénu, Retterer, Thiéry. — 1^{er} Oral (Nouveau régime) : MM. Remy, Poirier, Gley. — 3^e Oral (Première partie), N. R. : MM. Raymond, Roger, Marfan. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Troisième, Vaquez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Albarran, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Joffroy, Hallopeau, Achard. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Bar, Wallich, Langlois.

ST-LÉGER. Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS. Ecrite Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINTE-GALMIER BADOIT

CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

ran, Wallich. — 5^e (Deuxième partie) : MM. Hutinel, Hallopeau, Roger. — 4^e (1^{re} série) : MM. Proust, Ménétrier, Thoinot. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Chantemesse, Launois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Faure. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Dieulafoy, Charrin, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Cornil, Achard, Thiroloix. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Richelot, Bar, Bonnaire.

Mercredi 19 Avril 1899. — (Nouveau régime) : MM. Poirier, Retterer, Sebileau. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard, Launois. — 3^e Oral (Première partie) N. R. : MM. Pinard, Rémy, Mauclair. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Terrier, Lepage, Legueu. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Lannelongue, Delens, Varnier. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Landouzy, Wurtz, Teissier. — 3^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Blum, Humbert, Lejars. — 5^e (Deuxième partie), Pitié : MM. Lancereaux, Widal, Méry.

Judi 20 Avril 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Remy, Retterer, Thiéry. — 3^e (Première partie), (1^{re} série) : MM. Le Dentu, Richelot, Wallich. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Guyon, Bonnaire, Faure. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Debove, Hutinel, Thiroloix. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Thoinot, Proust, Gley.

Vendredi 21 Avril 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — Dissection. Ecole pratique : MM. Reclus, Humbert, Poirier. — 1^{er} (Nouveau régime) : MM. Retterer, Sebileau, Legueu. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Delens, Wallich, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Tillaux, Lejars, Walter. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Lannelongue, Blum, Broca (Aug.).

Samedi 22 Avril 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Richelot, Quénu, Retterer. — 1^{er} Oral (Nouveau régime) : MM. Remy, Poirier, Gley. — 3^e Oral (Première partie), N. R. : MM. Raymond, Roger, Marfan. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Troisième, Vaquez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Albarran, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Joffroy, Hallopeau, Achard. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Bar, Wallich, Langlois.

LES COURS PAYANTS A LA FACULTÉ

L'une des réformes les plus utiles apportées au régime de l'enseignement par la nouvelle loi sur les Universités est assurément celle qui a trait aux cours payants.

En vertu de cette loi et des règlements rendus en vue de son exécution, le Conseil de l'Université peut autoriser les membres du corps enseignant des Facultés à faire, en dehors de leur service régulier,

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

mentaire, des cours et exercices pratiques rétribués.

Le taux de la rétribution est fixé par le Conseil de l'Université. Sur cette rétribution sont prélevés d'abord les frais nécessités par le cours; le reste est attribué aux maîtres.

C'est ainsi qu'à la Faculté de médecine, l'année dernière, M. Hartmann, agrégé de chirurgie, a organisé, avec l'assentiment du professeur de médecine opératoire M. Terrier et du doyen M. Brouardel, un *Enseignement pratique de la médecine opératoire spéciale*, avec le concours des prosecteurs attachés à son service de chef des travaux pratiques de médecine opératoire.

Le succès en fut complet; les élèves trouvèrent dans cet enseignement les ressources que ne peut guère donner l'enseignement gratuit officiel.

En effet, ce cours avait pour sujet les « opérations sur l'appareil urinaire ». Or, tout élève était individuellement exercé à chacune de ces opérations, jusqu'à ce qu'il l'eût pratiquée d'une façon satisfaisante; il avait pour cela à sa disposition une instrumentation spéciale complète. Chaque épreuve pratique était précédée d'une dissertation théorique dans laquelle l'opération était décrite, avec, à l'appui, des planches fixant les divers temps opératoires.

Un nouveau cours de médecine opératoire spéciale va s'ouvrir cette année, sous la même direction de M. Hartmann, et organisé en vertu des mêmes principes.

Il aura certainement autant de succès que celui de l'année dernière; il sera, d'ailleurs, beaucoup plus étendu, car cinq cours particuliers auront lieu successivement. Le nombre des élèves est fixé à 20 pour chacun d'eux, et l'Université a fixé le taux de la rétribution à 50 francs.

Le premier cours ouvrira le lundi 17 Avril à 1 h. 1/2, à l'École pratique; le sujet est le même que celui de l'année dernière: « Opérations sur les voies urinaires ». Il sera fait par M. Gosset, prosecteur.

Le second cours commencera le mardi 18 Avril à 1 h. 1/2. M. Fredet, prosecteur, traitera des opérations sur les os et les articulations, des procédés de trépanations, arthrotomies, opérations sur les oreilles, les sinus de la face; sutures osseuses; ostéotomies.

Enfin, trois autres cours auront lieu en Mai et en Juin de cette année: opérations sur le tube digestif, M. Savariand; opérations gynécologiques, M. Cunéo; opérations de pratique courante, M. Riche.

Il est à souhaiter que d'autres cours analogues soient bientôt institués. Il existe déjà, il est vrai, un cours payant de bactériologie sous la direction de MM. F. Bezançon et Griffon, mais ce n'est pas suffisant. Il y a beaucoup à faire.

Ce sont là, en effet, de véritables cours de perfectionnement, suivis bénévolement par des jeunes gens qui ne demandent qu'à travailler. Aussi les maîtres y trouvent-ils, dans l'application des élèves, un stimulant, un encouragement que ne donnent pas les cours gratuits et didactiques; de plus, le nombre restreint des élèves leur permet de s'occuper spécialement de chacun d'eux.

N'oublions pas, d'ailleurs, que c'est à ce mode d'enseignement que nombre de Facultés allemandes sont redevables de la vogue universelle dont elles jouissent.

E. DE LAVARENNE.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DIXIÈME SESSION

Tenue à Marseille du 4 au 9 Avril 1899

ALIÉNÉS MÉCONNUS CONDAMNÉS

DISCUSSION (Suite)

M. Granjux (de Paris). Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude de cette question si grave: « les aliénés condamnés », d'une part, dans la connaissance exacte de ce que deviennent au point de vue de l'aliénation mentale les militaires condamnés, et, d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant pas eu maille à partir avec la justice. Je vais vous exposer les

résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Je dois déclarer, avant tout, que je me suis servi exclusivement d'un document dont l'impartialité s'impose, « la statistique médicale de l'armée », rédigée au ministère de la guerre d'après les rapports établis par le service de santé. Mes calculs, basés sur des données officielles, en tiennent toute leur valeur.

En rapportant certains résultats tirés de cette statistique médicale de l'armée, et concernant les militaires envoyés par les conseils de guerre soit dans les prisons, les compagnies de discipline, ou les bataillons d'Afrique, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année 1,5 réforme dans les prisons, 3,1 réforme dans les compagnies de discipline, 0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique, 0,1 réforme dans le reste de l'armée.

En résumé, il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée. Il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée. Il y a aux compagnies de discipline huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuve?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles.

La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée.

Mais s'il faut peut-être tenir compte de ce facteur dans une certaine mesure, il n'est pas suffisant à lui seul pour fournir l'explication cherchée.

En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens non prédisposés. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation.

On peut encore rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des héréditaires prédisposés qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière au point de vue du diagnostic.

Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus lors de leur comparution au conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve.

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. Il suffirait de prescrire que dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Il est désirable que cette mesure si facilement réalisable devienne rapidement obligatoire.

M. Mahille (de la Rochelle). Je m'associe pleinement aux conclusions de M. Granjux, mais j'appelle l'attention du Congrès sur certaines variétés de délire de persécution d'un diagnostic très difficile et qui sont l'objet de discussions entre les divers experts.

Il y aurait certainement intérêt pour les médecins et les magistrats à approfondir cette question des aliénés méconnus et l'opportunité d'une expertise médico-légale.

M. Giraud. Il n'est pas douteux que les experts ne commettent, parfois, une erreur de diagnostic. Ces erreurs se rencontrent surtout dans les cas de folie morale, mais elles sont rares et nous en avons la preuve dans ce fait qu'on voit tout à fait exceptionnellement transférer un aliéné de la prison à l'asile quand il y a eu expertise médicale. C'est au tribunal correctionnel que l'on voit le plus grand nombre d'aliénés méconnus.

Cela est dû à la procédure sommaire des flagrants délits. De là l'importance de reconnaître le plus rapidement possible dans les prisons les aliénés qui s'y trouvent, soit comme prévenus, soit comme condamnés. Il est nécessaire, à ce point de vue, que l'administration pénitentiaire fasse des progrès, car on voit trop souvent des séries de condamnations frapper un aliéné avant que son état mental ne soit reconnu.

J'appelle de plus l'attention sur une catégorie toute spéciale, c'est celle des enfants acquittés comme ayant agi sans discernement et envoyés dans une maison de correction. Je tiens à mentionner une série d'observations de jeunes filles transférées des établissements pénitentiaires à l'asile et atteintes d'épilepsie ou de folie morale. Je demande qu'aux conclusions de M. Taty on ajoute un vœu pour que les enfants acquittés comme ayant agi sans discernement et ne pouvant être renfermés dans leur famille soient confiés à l'Assistance publique, au lieu d'être laissés entre les mains de l'administration pénitentiaire.

M. Drouineau. M. Taty compte au nombre des mesures à prendre et parmi les moyens préventifs, un enseignement vulgarisé aux médecins et aux magistrats. Je crois qu'il ne faut pas confondre la question de l'enseignement et de l'expertise; l'expertise doit être considérée en dehors de l'enseignement général.

Il faut réserver l'expertise à des médecins. En ce qui concerne la question du vagabondage, les vagabonds souvent récidivistes seraient l'objet d'une expertise médico-légale et dirigés ensuite sur des asiles de sûreté spéciaux.

M. Vallon. Le nombre des expertises médico-légales réclamées par le parquet est souvent bien restreint, à l'exception cependant du parquet de la Seine, qui, souvent, a recours à des médecins spécialistes. Il serait du devoir des procureurs, des chefs de parquet de donner des ordres plus sévères aux magistrats placés sous leurs ordres.

M. Régis. Il importe de limiter la question à l'expertise médico-légale en ce qui concerne les militaires. La statistique de M. Granjux est incomplète et au-dessous de la vérité. Elle ne comprend, en effet, ni les épileptiques, ni les aliénés méconnus durant toute la durée de leur service militaire. Pour tâcher de remédier à cet état de chose regrettable, je propose au Congrès d'émettre les vœux suivants:

1° L'expertise médicale au point de vue mental devra être organisée devant les tribunaux de terre ou de mer comme elle l'est devant les tribunaux civils;

2° L'examen mental de tout militaire de terre ou de mer, en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre, devra être pratiqué par le médecin du corps avec adjonction, sur sa demande, de médecins civils spécialistes, pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort.

M. Mahille. J'adopte les conclusions de MM. Taty et Régis, mais je propose au Congrès d'émettre un dernier vœu:

Les expertises médico-légales ayant trait à l'état mental des inculpés seront toujours confiées à des médecins aliénistes. Le Congrès adhère, en outre, aux dispositions légales présentées par M. Dubief à la Chambre des députés, et qui ont trait au placement obligatoire, dans des asiles qui pourront être spéciaux, des inculpés non poursuivis ou acquittés, en raison de leur irresponsabilité, par les tribunaux ou le jury.

M. S. Garnier. Un homme de quarante ans allume dans une nuit quatre incendies. Une expertise médico-légale déclare l'accusé responsable. Après sa sortie de prison, il allume de nouveaux incendies. Une nouvelle expertise conclut alors à l'irresponsabilité. En présence de ce fait, qui n'est pas unique dans les annales médicales, je demande l'institution d'une commission médico-judiciaire de contrôle des expertises.

COMMUNICATIONS

Abatement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.

— M. Magnan. Le délire alcoolique est la forme mentale à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit. Ce délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet isolé dans l'obscurité ne perçoit plus de sensations extérieures; les perceptions illusives de l'alcoolisme s'améliorent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées; celles-ci, en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladroites toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes. L'alitement, en permettant de placer le sujet, dès que son délire se réveille, dans la réalité des faits, devient, dans l'alcoolisme aigu et subaigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet, en général, de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

De la gynécologie dans les services de femmes aliénées. — MM. Fehvère et Picqué. Si, dans certains cas, l'intervention opératoire peut provoquer à sa suite des troubles psychiques, dans d'autres cas elle peut, au contraire, influencer favorablement les troubles mentaux de certains aliénés. Nous avons pratiqué un certain nombre d'interventions chirurgicales, portant notamment sur l'utérus et les annexes, et nous avons pu, dans quelques observations longtemps suivies, constater l'amélioration et même la guérison de certains états maniaques ou mélancoïques.

Spiritisme et folie. — MM. Marie et Vigouroux. A toutes les époques, les délirants ont emprunté les éléments surajoutés de leur délire aux préjugés régnants et aux préoccupations du moment. Le spiritisme devait fournir à la folie son contingent de systèmes délirants. Nous avons observé quelques malades répondant à ces types morbides. Assez rapidement, ces esprits médiums sont devenus franchement délirants avec hallucinations de l'ouïe et de la vue et prédominance de troubles psychomoteurs.

Les cellules de l'écorce grise du cerveau dans l'éclampsie. — MM. Anglade et Poux. Dans l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques (30 en deux jours) étudiée par les procédés ordinaires et notamment par la méthode de Nissl, nous avons pu constater: 1° l'altéra-

tion des cellules pyramidales; 2° la présence, autour de ces cellules, d'éléments anormaux. On observe deux degrés d'altérations cellulaires. La disparition des grains chromatiques correspond évidemment à l'épuisement de la cellule. Sa déformation, parfois très accusée, est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal, ici, que leur nombre. C'est à tort, selon nous, qu'on leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique.

Plus spéciale nous paraît être la présence, dans les diverses couches de l'écorce grise et notamment autour des cellules pyramidales, de cellules rondes ou ovales plus volumineuses et moins colorées. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains volumineux représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales, les pénètrent évidemment et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se rencontrent, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce de sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant vis-à-vis de la cellule motrice. Quant à leur nature, on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Rammou et Cajal, qui en a figuré de semblables récemment, affirme qu'il s'agit de corpuscules névralgiques, et Lugaro est de son avis.

Sclérose à plaque médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule. — MM. Lannois et Paviot. Nous rapportons l'histoire d'une femme de quarante-six ans, entrant à l'hôpital pour une hémiplegie progressive du côté droit, et qui portait, depuis trente ans, une arthrite tuberculeuse de l'épaule avec ankylose, trajets fistuleux, etc. L'hémiplegie avait débuté vers quarante ans, ne s'était jamais accompagnée d'ictus, avait respecté la face, n'avait pas provoqué d'atrophie musculaire, mais il y avait exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde bilatérale. Aucun trouble de la sensibilité. La malade succomba brusquement quelque temps après à des phénomènes bulbiaires.

À l'autopsie, après examen microscopique, on trouve une sclérose en plaque typique. La relation qui peut exister entre la lésion tuberculeuse de l'épaule et l'évolution des troubles nerveux était intéressante à signaler; elle plaide en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques.

Sur la localisation des symptômes de la chorée de Sydenham. — M. Oddo (de Marseille). L'étude de 123 choréiques m'a permis de rechercher la localisation des symptômes de la chorée dont la tendance générale est la distribution hémilatérale. L'hémichorée est cependant rarement pure; presque toujours on observe quelques mouvements esquissés du côté opposé. Cette chorée à prédominance hémilatérale me semble la règle; elle peut rester telle durant toute l'évolution ou, au contraire, se compliquer rapidement de mouvements choréiques du côté opposé et affecter le type bilatéral et symétrique.

J'ajoute que l'on constate de l'affaiblissement musculaire prédominant dans le côté où les mouvements choréiques présentent le plus d'intensité; il en est de même des troubles de la sensibilité qui se superposent assez souvent aux troubles moteurs. Les réflexes tendineux rotuliens font défaut chez un assez grand nombre de choréiques; la flexion de la jambe sur la cuisse peut se produire parfois après le choc tendineux rotulien, provoquant ainsi un vrai réflexe paradoxal.

L'hémilatéralité, nous apparaissant ainsi comme la disposition élective des symptômes de la chorée, est une nouvelle notion dont il faudra tenir compte dans les théories pathogéniques de cette affection.

Sur quelques variétés d'hémorragies méningées. — M. Boinet. J'ai observé un certain nombre de cas d'hémorragies méningées, qui sont intéressants à plusieurs titres. Il s'est agi tantôt d'un énorme caillot sus-tentoriumien, provoqué par une rupture traumatique de l'artère méningée moyenne, et qui a amené rapidement un coma mortel, tantôt d'une hémorragie intra-arachnoïdienne, sans cause connue, avec constatation à l'autopsie d'un hématome comprimant la zone rolandique gauche, tantôt, enfin, d'un hémiorachis avec véritable caillot annulaire couvrant la moelle dans toute son étendue.

Manifestations spinales d'origine hémorragique. — M. Boinet. Chez un hémorragique, atteint d'arthrite hémorragique, nous avons vu se développer des manifestations spinales consistant en paraplégie, troubles de la sensibilité et des sphincters. Une escarre sacrée vint hâter le dénouement fatal. L'examen bactériologique de la veine du pli du coude, pratiqué vingt-quatre heures avant la mort permit de déceler le bacille pyocyanique. Peut-être faut-il invoquer dans l'apparition de ces troubles médullaires, non le gonocoque spécifique mais des infections microbiennes secondaires.

Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréo-athésique. — M. Boinet. J'ai assisté à

l'évolution d'une méningite tuberculeuse se compliquant de troubles choréiformes et athésiques, à type unilatéral. L'autopsie m'a démontré la prédominance des lésions au niveau de la zone rolandique de l'hémisphère correspondant.

Myélite transverse avec paraplégie flasque. — MM. Nogués et Sirol (de Toulouse). Nous présentons l'observation d'une femme de cinquante-huit ans, qui, sans antécédents héréditaires et personnels d'aucune sorte, fut atteinte après un refroidissement, d'abord de fourmillements et de douleurs vagues dans le membre inférieur gauche, puis de paralysie avec atrophie en masse et hypoesthésie à tous les modes; trois mois plus tard, le membre inférieur droit se paralyse à son tour et s'atrophie, mais plus rapidement. A ce moment la paraplégie flaccide est complète, l'abolition des réflexes est absolue, l'atrophie musculaire considérable. L'examen électrique fait constater de la diminution de l'excitabilité, mais il n'existe pas de réaction de dégénérescence. On constate de la paralysie des réservoirs mais pas de troubles trophiques et pas de déformation rachidienne.

A propos de cette observation et après avoir passé en revue les diverses affections pouvant présenter le tableau symptomatique constaté : paralysies hystériques, toxique ou infectieuse, polynévrite à forme de polyomyélite, polyomyélite subaiguë, et par élimination, nous concluons qu'il ne peut s'agir que de myélite transverse dorso-lombaire dont la lésion doit être située au niveau ou au-dessous du centre des réflexes, et qui, très probablement, a pour substratum anatomique une altération de la substance grise, des racines et des nerfs. Ces lésions expliqueraient, d'après M. Brissaud, sans être obligé d'invoquer une localisation médullaire précise, la paraplégie flaccide d'emblée, alors que le plus souvent celle-ci est d'abord spasmodique, dans la myélite transverse.

Application de la méthode graphique à l'étude de l'hypnotisme. — M. Bérillon. J'ai pu non seulement constater au doigt, mais encore inscrire sur des tracés sphymographiques, les variations du pouls provoquées par la suggestion dans l'état hypnotique. Notamment, j'ai, dans un cas de maladie de Basedow avec tachycardie prononcée, obtenu, après quelques séances de suggestion, une diminution de fréquence très notable des pulsations variables, diminution qui s'est maintenue après le réveil.

(A suivre)

A. SICARD.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Salipyrine.

La salipyrine est une combinaison chimique d'analgesine (antipyrine) et d'acide salicylique, qui se présente sous la forme d'une poudre cristalline.

Elle jouit des propriétés de l'antipyrine et de l'acide salicylique, sans en présenter les inconvénients, et a même très souvent une action supérieure à celle de ses deux composants. Son innocuité est absolue, même à doses élevées.

Mode d'emploi; doses. — La salipyrine s'emploie sous la forme d'une poudre cristalline que l'on prend avec de l'eau, du vin, du thé, du lait ou du cognac, ou dans des cachets contenant chacun 1 gramme.

Les doses quotidiennes sont pour les adultes de 3 à 6 grammes par jour; pour les enfants de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour.

Avant et après l'ingestion du médicament, ne prendre aucun aliment pendant une heure à une heure et demie; en observant cette précaution, on obtient un effet rapide et sûr.

Dans les cas où il n'est pas nécessaire de prendre plus d'une dose de salipyrine, on fera bien de l'ingérer le soir, de manière à obtenir un effet calmant qui facilitera le sommeil.

Aux adultes et aux enfants qui montrent de la répugnance à prendre les médicaments en poudre, on prescrira la potion suivante :

Salipyrine	6 grammes.
Glycérine	14 —
Sirop	30 —
Eau distillée	40 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures ou demi-heures.

Aux femmes atteintes de troubles ménorragiques on ordonnera :

Salipyrine	10 grammes.
Bromure de potassium	10 —
Extr. de viburnum prunifolium	20 —
Eau distillée	120 —
Cognac	30 —
Sirop d'écorce d'oranges	30 —

A prendre : cinq jours avant les règles, une cuillerée le soir; quatre jours avant les règles, une

cuillerée matin et soir; trois jours avant les règles, une cuillerée matin et soir; deux jours avant les règles, une cuillerée matin, midi et soir; un jour avant les règles, quatre cuillerées dans la journée; le jour mêmes des règles, quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures.

L'Institut Pasteur de Lille.

Dimanche dernier, 9 Avril, a eu lieu à Lille, sous la présidence de MM. les ministres de l'Agriculture et des Colonies, l'inauguration officielle de l'Institut Pasteur et du monument élevé par souscription publique à la mémoire du grand savant.

La famille de Pasteur assistait à la cérémonie, entourée des délégués du Conseil municipal de Lille, de l'armée, de l'administration départementale, des Universités, des corps savants, de l'Institut Pasteur de Paris, etc., etc.

On se rappelle que c'est grâce à une libéralité de son directeur, M. Calmette, que l'Institut a pu être achevé. Il constitue actuellement un organisme complet, dont l'Université de Lille peut être fière à juste titre.

Cet Institut est appelé à rendre dans la région les plus signalés services, que ce soient les médecins et les hygiénistes, les agriculteurs ou les industriels qui viennent s'adresser à lui. Dans son discours, M. Viger, ministre de l'Agriculture, se rappelant qu'avant d'être un homme politique il avait été un érudit praticien, s'est attaché à bien montrer quel grand rôle à ces divers points de vue l'Institut Pasteur de Lille était appelé à jouer.

M. Guillaïn a retracé à grands traits les efforts faits par les disciples de Pasteur pour continuer à Lille l'œuvre du Maître, dans cette ville qui avait été le témoin de ses premiers travaux, et les en a remerciés au nom de la patrie tout entière.

Ministre des colonies, il a tenu à rappeler que le directeur de l'Institut, M. Calmette, avait appartenu au corps de santé colonial, et que c'est à ce titre qu'il avait été l'un des premiers missionnaires de la science pasteurienne dans notre empire colonial. Il y a bientôt dix ans que Calmette fondait l'Institut Pasteur d'Indo-Chine; depuis lors, des Instituts semblables ont été créés au Sénégal et en Nouvelle-Calédonie; bientôt Madagascar sera doté d'un établissement semblable.

Nous n'avons pas à insister ici sur les fêtes qui ont eu lieu à Lille. Qu'il nous suffise de faire remarquer en quel honneur est tenue aujourd'hui la science, quand on voit le grand intérêt que prennent les Pouvoirs publics à tout ce qui la concerne.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Le jury est provisoirement constitué ainsi qu'il suit: MM. Guyot, Mauriac, d'Heilly, Letulle, Potain, Braut, Marchand (A.).

Hôpital de la Pitié. — M. BABIŃSKI reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux samedi 22 Avril, à 10 h. 1/4 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion du Congrès des sociétés savantes, sont nommés : Officiers de l'Instruction publique : MM. André, Saint-Ange, professeurs, et Gairaud, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse; Officiers d'académie : MM. Aymard, Buret, Héret, Marie, Trauier.

Cours libre sur les maladies nerveuses et mentales; hypnotisme. — M. BÉRILLON commencera son cours le mardi 18 Avril à 3 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, et le continuera les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Étranger.

— M. Mya est nommé professeur de pathologie médicale à l'Université de Florence; M. Fede est nommé professeur de clinique pédiatrique à l'Université de Naples. — On annonce, d'Athènes, la mort du professeur Nestor Philadelphus, directeur de l'hospice des Enfants-Trouvés.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARÉTHOUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : **Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.**

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & Co., 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Granules de Catillon

à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de Catillon, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl. 3 fr.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOITRE

Tablettes de Catillon
à 0^{gr}. 25 de corps

THYROÏDE

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP GROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

ou MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

.... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1897).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

CONSTIPATION

RICINOSE GAUTHIER

au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.

Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.

La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^e GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochecouart, Paris.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, quai de Metz LYON

Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)

Phosphite de Gaïacol, synonyme "GAÏACOPHOSPHAL" (Déposé)

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — Echantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.

22 et 24, PLACE VENDÔME

TUBERCULOSE PULMONAIRE

BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES

DILATATION DES BRONCHES

PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol
absolu

Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

ANÉMIE, CHLOROSE, NEURASTHÉNIE,
LYMPHATISME, TUBERCULOSES, CACHEXIES,
MALADIES OSSEUSES, RACHITISME,
SCROFULES, ALBUMINURIE, PHOSPHATURIE,
NÉVRALGIES

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison
granulée
nouvelle

d'Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux
RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE. RÉPARATEUR des GLOBULES SANGUINS
NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

PARIS — 43, Rue de Saintonge, 43, et toutes Pharmacies.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET G. NAUD, Éditeurs
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laënnec,
 Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaud.
M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LA FRAGILITÉ DU REIN DANS LA SYPHILIS,
 par M. L. RÉNON. 177

MÉDECINE PRATIQUE

Les teintures capillaires, par M. H. LABRÉ. 179

ANALYSES

Médecine : Un cas de pneumo-péricarde, par M. LAUR. 180
Chirurgie : Des plaies de la portion péritonéale du rectum et de leur traitement, par M. E. QUÉNU. 180
Maladies des enfants : Un cas de méningite chronique infantile, traité par le drainage de la base, par MM. WALKER OVERKIND et W. FOSTER CROSS. 180
Neurologie et psychiatrie : Polynérite et poliomyélite, par M. F. RAYMOND. 180
Rhinologie, otologie, laryngologie : Laryngite sous-glottique aiguë dans la grippe, par M. PAUL TISSIER. 180
Thérapeutique et matière médicale : Un cas de ponts lent permanent; traitement électrique, par M. A. GRAND. 180

La lutte contre la tuberculose, par M. ARNAINGAUD. 144

Société obstétricale de France (7^e session, tenue les 6, 7, 8 Avril 1899).

Communications : Considérations sur le traitement général de la septicémie puerpérale, M. MACÉ, MM. FOUCHER, CHARLES. — Statistique des applications de forceps faites à la clinique Farnier du 1^{er} novembre 1894 au 31 Mars 1899, MM. DUBREUIL et TROYER. — Statistique intégrale et détaillée de la Maternité de Pau du 1^{er} Janvier 1893 au 31 Décembre 1898 (principalement au point de vue de la morbidité puerpérale), M. FERRÉ. — Utérus semi-septus uni-cervical avec vagin double, M. BRONDEL. — Les incisions cervicales au début de la dilatation chez les primipares, M. FOUCHER, MM. CHARLES, DELORÉ, GUÉNIOT, DOLÉRI. — Utilité du traitement gynécologique dans les vomissements incoercibles de la grossesse, M. AUDEBERT. — Loi utéro-fœto-placentaire, M. FOUANTIER. — Extraction de l'arrière-faix après l'avortement (expression abdomino-vaginale de Budin), M. CHAVASSINE, MM. DEMELIN, CHARLES, BUDIN. — Convoque et hygiène des nouveau-nés, M. DIPPNE. — Présentation d'un monstre humain anencéphale sans fissure spinale et avec bifidité faciale, M. CARAGACHE. — Etude sur la toxicité urinaire pendant la grossesse et les suites de couches normales, MM. LABRÉ, LAFLAUX, SODÉ et BASSOT, M. CHARLES. — Présentation de photographies microscopiques de caduque utéro-placentaire dans un cas d'endométrite déciduale, MM. FOUCHER et FABRE. — Hématurie gravidique, M. TAREU. — Notes de physiologie et de pathologie de la grossesse pendant les jours qui correspondent à la période menstruelle, M. BOSSAT. — Nouveau forceps à branches par-

allèles, M. DEMELIN. — Quelques recherches sur le placenta, avec présentation de pièces sèches, M. DELORÉ. — Recherches sur le bassin du nouveau-né, MM. BOUTCHOUET et BRINDEAU. — Classification des rétrécissements du bassin, M. FOUCHER, M. DELORÉ. 146

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Recherches sur les terminaisons nerveuses sensitives dans les muscles striés volontaires, M. D. POLJAKOWSKY. — Absence d'iode sous forme libre ou de gaz iodés dans l'atmosphère de la région toulousaine, M. F. GARROU. 147

Académie de médecine : Torticolis congénital, guéri par le traitement chirurgical, M. BURGON, MM. PINARD, BURGON. — Traitement de la diarrhée du sevrage, M. R. SAINT-PHILIPPE. — Du rôle ossificateur de la dure-mère: conséquences au point de vue de la technique des interventions crânio-encéphaliques, MM. A. CHIFFAUT et BERZOWSKI. — Prophylaxie de la tuberculose, M. ARNAINGAUD. 147

Société de chirurgie : Traitement de la tuberculose testiculaire, M. BERGER. — Relevé statistique des opérations pratiquées dans le service de gynécologie de l'hôpital Broca (annexe Pascal) durant les neuf dernières années 1890-1899, M. POZZI. — De la craniotomie avec perte de substance permanente de l'os et de la dure-mère; modification opératoire nouvelle, M. TUFFIER. 147

Société médicale des hôpitaux : Erythème survenu pendant la convalescence de la grippe, M. ANTONY. — Le rhumatisme sacro-iliaque, M. L. GALLIARD, M. RENDU. — L'alcoolisme dans les hôpitaux, M. DEBOVE. 148

Société anatomique : Epithéliome cylindrique du colon iliaque; obstruction complète par un corps étranger, MM. RÉMY et G. BOUYET. — Sarcome du calcaneum, M. MORESTIN. — Section accidentelle du tendon fléchisseur du médius, M. MORESTIN. — Tumeur kystique de l'ovaire, avec généralisation, M. CORNIL. — Note complémentaire sur un cas de cancer de la plèvre, M. LETULLE. — Sur la réaction des ganglions lymphatiques au voisinage des cancers, MM. FERNAND DIZANON et MARCEL LABRÉ. — Pyonéphrose avec signes d'obstruction intestinale, M. ESTRABAUT. — Tumeur du testicule avec généralisation, M. ESTRABAUT. — Cancer mélanique de la peau avec généralisation dans les ganglions axillaires, MM. BACALOGU et BOSVIEUX. — MM. AUSCHER, CORNIL. — Accidents mortels déterminés par l'arrêt d'un fragment de râtelier dans le pharynx, M. MORESTIN. — Epiploite localisée consécutive à la cure radicale des hernies, M. MORESTIN, M. CORNIL. — Volvulus de l'intestin grêle consécutif à des adhérences dues à une appendicite ancienne, M. SOULIGOUX. — Hernie d'une frange épiploïque à travers la paroi abdominale, M. SOULIGOUX. — Kyste hydatidique rénal purifié; néphrotomie, M. LE FÉVÉ. — Abcès purulent du cerveau, post-otitique, M. SACQUÉPÈRE. 148

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : A propos du baume du Pérou; onguent styrax.

RENSEIGNEMENTS

Poste médical à prendre gratuitement dans le Centre. Convendrait à jeune docteur. (S'adresser au journal, n° 351.)

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Retablit les forces Soutient l'organisme épuisé à défaut de nourriture. Paris, 29, Pl. des Vosges et P^ltes.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 30, 15 AVRIL 1899.

INSTITUT ZANDER
 21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

POUGUES TONI-ALCALINE

vasculines, M. JULLIEN, MM. HALLOPEAU, FOURNIER, DURRIGLI, BRESNIER, BROCC, BRESNIER, BROCC, FOURNIER, BROCC, v. HORN. — Au sujet de l'orthopédie, M. BRESNIER, MM. BROCC, THIBERGE, DANLOS. — Lésions sanguines de l'urticaire, M. LEBEDDE. — Onychogryphose cornée, M. BALZER et GAUCHERY. — Deux cas de verge noire causés par l'antipyrine, M. FOURNIER. 149

Société de pédiatrie : Méningocèle, M. KIRMISSON, M. LANNELONGUE. — Fièvre typhoïde à rechutes doubles, M. BOULLOGNE, M. COMBY. — Baryocystite chez les enfants du premier âge, M. MAUGLAIRE. — Radiographies des membres hypertrophiés, MM. VARIOT et GIGOTOT. 149

Société de médecine et de chirurgie pratiques : Physiologie pathologique de la cysturie, par M. H. MARIGNON. — Hystérectomie totale pour myomes utérins, par M. D'HOTMAN DE VILLIERS, MM. REYNIER, LEVASOR, VERCHÈRE. 150

PRATIQUE MÉDICALE

Le massage du foie par la respiration profonde comme moyen prophylactique des coliques hépatiques 150

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par M. G. LYON. 150

Voir les Nouvelles à la dernière page.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Au mois de Mai 1898, l'Académie de médecine, par l'organe du professeur Grancher, rapporteur de la Commission de la tuberculose, déclarait que « grâce au mouvement scientifique qui, depuis trente ans, a renouvelé et transformé nos connaissances dans le domaine de la tuberculose, l'esprit des médecins du monde entier est orienté désormais de telle façon qu'il ne peut plus se détacher de ce grave et obsédant problème : la prophylaxie de la tuberculose ». Et l'Académie jugeait que, dans cette lutte, elle devait prendre la direction du mouvement, « en associant toutes les bonnes volontés et en montrant comment il convient de varier les moyens de défense ou d'attaque selon les milieux où il faut combattre ». Puis après avoir voté les diverses propositions du rapport du professeur Grancher, l'Académie décida la création d'une nouvelle Commission permanente dite « Com-

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

CONTREXEVILLE-PAVILLON
 "POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

mission de prophylaxie de la tuberculose », ayant pour objet « d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'invasion du bacille tuberculeux ».

Je me propose ici d'exposer comment il a été répondu aux intentions de l'Académie en montrant les efforts énergiques que la *Ligue contre la tuberculose* vient de tenter à Paris sur mon initiative et sous ma direction, comme président de cette Ligue; en faisant connaître le caractère, la signification exacte, l'esprit de la propagande qu'elle a ouverte depuis quelques semaines avec la collaboration d'un grand nombre de médecins parisiens¹; enfin, en indiquant la forme qu'elle a donnée à son enseignement.

* *

La *Ligue contre la tuberculose* que nous avons fondée en 1893, sous les auspices du professeur Verneuil, est un centre de propagande et de vulgarisation qui a pour but d'instruire le public sur les ravages de la tuberculose, sur sa curabilité, sur ses nombreuses causes évitables, sur sa contagiosité et sur les moyens de s'en défendre. La nouvelle phase dans laquelle entre aujourd'hui cette Ligue, résultant non seulement de son développement naturel, mais d'une modification notable de son ancien mode d'action, je rappellerai, en deux mots, dans quelles conditions elle a été organisée.

Le *Congrès de la tuberculose et l'Académie de médecine* ayant, en 1889 et 1890, rédigé des instructions sur la prophylaxie de la tuberculose, je pensai alors que le moyen le plus sûr de les rendre efficaces et de les faire aboutir à des résultats pratiques, était : de créer un groupement spécial d'efforts qui, distinct des sociétés et des œuvres exclusivement scientifiques, aurait pour but et objectif spécial de faire parvenir les instructions à leur véritable destination, c'est-à-dire de les faire pénétrer dans toutes les familles; et d'instituer dans toute la France des conférences dans lesquelles les médecins, membres de la Ligue, les commenteraient et les expliqueraient à leurs auditeurs.

Ayant déjà réussi, à cette date, à intéresser et à associer le public à la multiplication des hôpitaux et sanatoriums marins pour la cure des enfants débiles et scrofuleux ou rachitiques, en créant un mouvement d'opinion qui a effectivement abouti à la fondation de deux sanatoriums marins et à favoriser la création de plusieurs autres de ces établissements, j'ai pensé tout naturellement que les mêmes moyens d'action pouvaient réussir encore dans la poursuite de ma seconde entreprise, que j'avais de suite considérée comme le complément logique et nécessaire de la première.

J'ai dit « les mêmes moyens d'action » : ce sont non seulement l'organisation de conférences sur un plan identique et préalable, adressé par moi à tous les conférenciers pour faciliter leur travail de préparation, mais c'est encore la distribution à tous les auditeurs des conférences de petites brochures en papier-carton résumant les points principaux du sujet qui vient d'être développé devant eux, afin qu'ils puissent en conserver un souvenir durable. J'ai dit aussi « complément logique de la première œuvre ». En effet, si la première, celle des sanatoriums marins, en procurant la résidence maritime prolongée aux enfants qui en ont besoin, répond, en ce qui concerne cette catégorie de tuberculeux ou de candidats à la tuberculose, à l'une des indications causales et prophylactiques qui est de remanier le terrain, de le rendre réfractaire à l'action des germes; la seconde, en répandant la connaissance de la contagion et des moyens de l'éviter, répond à l'autre indication prophylactique, qui est de réduire dans la plus large mesure possible le transfert du bacille du malade au sujet bien portant ou au prédisposé.

Je savais bien qu'une difficulté, une très grosse difficulté, nous attendait dans cette entreprise, difficulté qui n'existait pas dans la poursuite de la première œuvre : c'est que, si tout le monde était d'accord scientifiquement sur les moyens qui permettent de lutter contre la contagion, on ne l'était plus sur la question de savoir s'il convenait de donner une publicité générale aux

instructions du Congrès ou s'il fallait les réserver et les destiner aux seuls médecins auxquels incomberait alors exclusivement, auprès des tuberculeux, le soin d'éclairer l'entourage du malade sur les précautions à prendre contre la transmission du mal.

Cependant je ne me suis pas arrêté à des objections qui ne m'avaient aucunement paru justifiées; et je crois que l'événement et l'expérience aujourd'hui acquise ont justifié ma résolution, car le principe même de la vulgarisation a aujourd'hui cause gagnée partout, en France comme à l'étranger, où tout le monde reconnaît, je crois, la nécessité d'éclairer largement le public.

Le rapport académique de M. Grancher, qui, lui, a toujours été partisan de la vulgarisation, cite un grand nombre de faits analogues à ceux que j'ai signalés moi-même, et qui montrent jusqu'à l'évidence que sans une éducation préalable du public, et en dehors des collectivités hiérarchisées et disciplinées, autoritairement constituées, comme l'armée et un très petit nombre d'autres, on n'obtiendra aucun résultat pratique. Ni dans les ateliers, ni dans les bureaux, ni dans les grands magasins, on n'obtiendra le crachoir, le balayage à sec, l'aération voulue et la propreté méthodique, tant que tous les employés et les ouvriers ne seront pas personnellement convaincus du péril que les infractions à ces règles d'hygiène leur font courir, et tant que patrons, ouvriers et employés ne seront pas pénétrés des dangers des crachats et des poussières, que M. Grancher adjurait l'Académie de signaler sans se lasser jamais. Or, comment en seront-ils pénétrés et convaincus si on ne leur enseigne pas, avec insistance, toutes ces notions bien simples, si on ne leur répète pas sur tous les tons que la tuberculose est évitable et comment elle l'est? J'ajoute que la plupart des patrons ne feront rien s'ils n'y sont pas contraints par les exigences des intéressés; et si nous commençons à obtenir la désinfection des chambres d'hôtel et des garnis dans les stations d'hiver, si les municipalités de ces stations organisent des services de surveillance sanitaire et installent des étuves à vapeur, c'est grâce à la pression exercée sur eux par l'opinion, et à la vulgarisation de notions prophylactiques qui amènent les voyageurs et les malades ou leur entourage à réclamer ces garanties.

Donc, la Ligue passant outre à toutes objections, a résolument suivi la voie qu'elle s'était tracée, et a réalisé une partie, une bien faible partie encore, de son programme : plus de 250 conférences ont été faites en France dans ces dernières années; les instructions ont été répandues par centaines de mille. Un questionnaire adressé à tous les médecins collaborateurs de la Ligue sur les effets pratiques de leur propagande a permis de se rendre compte des résultats déjà considérables de leurs efforts.

Voilà où nous en étions quand j'ai eu la pensée d'organiser parallèlement à ces conférences un enseignement plus complet, plus compréhensif, suivi et continu, de la prophylaxie non seulement de la tuberculose, mais de toutes les maladies évitables.

C'est à Paris d'abord, la ville de France la plus cruellement ravagée par la tuberculose, et celle qui, à tous les points de vue, doit et peut donner l'exemple aux autres villes et les entraîner, que j'ai dû songer tout d'abord à instituer cet enseignement populaire, et cela non pas dans un seul point central de la ville, mais dans tous les arrondissements et peut-être bientôt dans tous les quartiers. La pensée de la Ligue est de l'étendre bientôt à toutes les villes de France.

Donc, en ce qui concerne Paris, ayant obtenu le concours du nombre nécessaire de médecins conférenciers, et m'étant assuré que les salles de Mairie ou les salles d'École dans les divers arrondissements nous seraient accordées, j'ai proposé au Congrès de la tuberculose d'émettre le vœu suivant, qu'il a en effet voté : « Le Congrès prie son bureau de demander au Ministre de l'Instruction publique, au Ministre de l'Intérieur et à l'Administration préfectorale d'encourager par leur patronage officiels les Cours d'hygiène et de prophylaxie dont la Ligue contre la tuberculose a préparé l'organisation à Paris, dans chaque arrondissement, avec la pensée de l'étendre cette création aux autres villes de France. » Ce vœu fut transmis à qui de droit, et grâce à l'extrême bonne volonté des maires des divers arrondissements, au concours bienveillant de M. le Préfet de la Seine et de la Direction

de l'enseignement primaire, grâce surtout au dévouement à toute épreuve de nos dix-sept collaborateurs, douze médecins et cinq internes des hôpitaux en exercice, nous pûmes triompher de quelques difficultés d'ordre purement matériel, inaugurer nos cours dès cette année.

Précédés par une très remarquable conférence introductive de M. Thoinot, sur « le rôle de l'initiative privée en hygiène publique », présidée, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, par M. le doyen Brouardel, ils ont été ouverts le mardi 14 Mars dans sept arrondissements et les jours suivants dans dix autres. Les VII^e, XVIII^e et XIX^e arrondissements, qui seuls en sont encore privés, en seront sans aucun doute pourvus l'année prochaine.

Voici le programme des huit conférences pour cette année : I. La prophylaxie de la tuberculose et l'hygiène. La graine et le terrain. Hygiène privée et hygiène publique. — II. Les découvertes de Pasteur et leurs applications à la lutte contre les maladies contagieuses. — III. La Contagion de la Tuberculose et les moyens de s'en préserver. — IV. La guérison des enfants débiles, lymphatiques, anémiques et des prédisposés à la tuberculose, par le séjour dans les sanatoria marins. — V. Des moyens de se préserver de la fièvre typhoïde. — VI. Des moyens de se préserver de la diphtérie. — VII. La Rage. Moyens de s'en préserver. — VIII. L'Alcoolisme, ses ravages croissants en France. Nécessité et moyens de lutter contre eux.

A la lecture de ce programme, une remarque va se présenter de suite à l'esprit de beaucoup de médecins : « C'est fort bien pour cette année, me dira-t-on, mais vos collaborateurs ne pourront pas, tous les ans, répéter les mêmes conférences devant un public qui sera peut-être en partie le même, et l'année prochaine, ou tout au moins la troisième année, quand ils auront exposé la prophylaxie de chacune des maladies infectieuses et contagieuses, comment feront-ils pour ne pas se répéter indéfiniment? Et comment comprenez-vous l'enseignement régulier, continu que vous voulez instituer? »

La réponse est bien simple, et c'est ici précisément l'occasion de préciser et de caractériser nettement l'esprit et la direction de cet enseignement populaire : dès la première leçon et dans la première instruction distribuée aux auditeurs, nous établissons fermement et avec tous les éclaircissements à l'appui, que la tuberculose est due non seulement à l'invasion de l'organisme par le bacille, mais aussi et surtout à une réceptivité encore plus souvent acquise qu'héréditaire ou innée; que cette réceptivité est surtout la conséquence d'une mauvaise hygiène et peut, d'ailleurs, même quand elle est innée, être combattue et neutralisée par une hygiène appropriée.

Partant de là, nous établissons facilement cette conséquence, que pour réaliser la prophylaxie de la tuberculose, il faut : 1^o se garantir contre la contagion; 2^o surtout, écarter de nous, dans la mesure du possible, toutes les causes qui peuvent amoindrir la résistance de l'organisme aux attaques toujours imminentes des germes tuberculeux; 3^o qu'il faut par conséquent nous placer et nous maintenir dans les meilleures conditions possibles d'hygiène.

On voit de suite comment notre programme ainsi compris embrasse l'hygiène tout entière, publique et privée, et comment nous ne risquons pas de l'épuiser en deux, ni en trois, ni en quatre années, à huit conférences par an, même en nous limitant, comme il convient, aux simples notions élémentaires.

Chaque année, deux conférences récapitulatives résumant ce qui a été dit l'année précédente, et mettant le sujet au point, surtout en ce qui concerne la prophylaxie de la tuberculose et l'alcoolisme, ouvriront le cours; puis, les autres leçons porteront sur des sujets non traités les années précédentes. C'est ainsi qu'en orientant vers la prévention de la tuberculose l'enseignement de l'hygiène tout entière, et tout en fixant l'intérêt et l'attention du public en lui parlant surtout de la maladie qu'il redoute de plus en plus, et qui est en effet la plus meurtrière de toutes, nous lui enseignons en même temps les moyens d'éviter les autres maladies, faisant, en somme, son éducation sanitaire générale.

Le programme de chaque année est d'ailleurs établi après entente avec les collaborateurs. Cha-

1. MM. Brégi, Jean Laborde, Demmler, Kortz, Georges Petit, O. Benoist, Schwabisch, Depierreis, Plesnard, Mavoréry, Sersiron, R.-L. Régnier; MM. Paul Tissier, Laubry, Gustave Langevin, R. Oppenheim, Paul Armand-Delille, internes des hôpitaux.

un des médecins chargé d'un cours reçoit plusieurs mois à l'avance de petites brochures contenant le plan général, le canevas détaillé de chaque leçon, accompagné d'indications bibliographiques. Enfin, à l'issue de chaque leçon, il est distribué gratuitement à chaque auditeur, comme dans chacune des conférences ordinaires de la Ligue, une petite instruction contenant la substance des notions développées par le professeur.

Je suis heureux de pouvoir ajouter en terminant que, dans tous les arrondissements, les auditeurs sont très nombreux, qu'ils paraissent très intéressés, et, chose très importante, qu'ils persévèrent dans leur assiduité et que l'auditoire est presque partout plus nombreux à chaque leçon qu'à la leçon précédente : c'est que nos conférenciers ont le talent de les retenir. Cela est dû sans doute aussi à ce qu'un enseignement ainsi conçu et réalisé avec unité de plan et communauté de programme appuyé sur des moyens de vulgarisation qui n'avaient pas été employés jusqu'à ce jour aussi méthodiquement, répondait à un réel besoin.

ARMAINGAUD,
Membre du Conseil supérieur
de l'Assistance publique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7^e SESSION

Tenue les 6, 7, 8 Avril 1899.

Considerations sur le traitement général de la septicémie puerpérale. — M. Macé. L'infection généralisée a été traitée de façons très diverses suivant les pays et suivant les époques.

Les antithermiques ont trouvé dans Munde un partisan fervent.

La réfrigération est née en Amérique avec Playfair, en Allemagne avec Olshausen, d'abord sous forme de lotions (drap mouillé), puis sous forme de bains toutes les deux ou trois heures à des températures descendant jusqu'à 25°.

L'insuffisance des résultats obtenus par les injections des sérums de Marmorek ou de Roger a conduit les accoucheurs, abandonnés par l'Institut Pasteur, à essayer de nouveau ce traitement physique.

M. Macé y a été amené à la suite d'un succès obtenu dans un cas très grave de sa clientèle.

Mais, pour lui, il y a des contre-indications qui ne sont pas constituées seulement par la péritonite et la phlegmatia alba dolens, comme l'avait établi Stolz, mais encore par le mauvais état du cœur (asthénie cardiaque et myocardite).

M. Fochier (de Lyon) déclare que la réfrigération est toute autre chose qu'un antithermique : c'est un moyen excellent de relever les grandes fonctions cardiaque et rénale spécialement.

A l'inverse de M. Macé, M. Fochier n'emploie cette méthode que quand le cœur faiblit et les urines diminuent; il n'abaisse jamais la température du bain au-delà de 22°, et la règle suivant l'état de la fonction cardiaque.

M. Fochier est, d'ailleurs, de plus en plus partisan de son traitement par les abcès de fixation, par les injections d'essence de térébenthine.

Ces abcès suppurent dans l'ordre inverse de la date à laquelle ils ont été provoqués : ce qui indique que l'économie a besoin d'être renforcée avant de réagir.

M. Charles (de Liège) affirme également que le bain froid a surtout pour but de stimuler le cœur, le système nerveux, et l'organisme tout entier.

Quant au traitement antistreptococcique, il a été fortement ébranlé depuis qu'il est démontré qu'il existe plusieurs variétés de ce microbe, et qu'il existe d'autres agents pathogènes de l'infection puerpérale.

Denys (de Louvain) a différencié 16 variétés de streptococques, qui l'ont conduit à imaginer un sérum polyvalent qu'il injecte à dose massive (100 centimètres cubes).

Hubert (de Louvain) a obtenu, à l'aide de cette méthode, 4 guérisons dans des cas considérés comme très graves.

Statistique des applications de forceps faites à la clinique Tarnier du 1^{er} Novembre 1894 au 31 Mars 1899. — MM. Dubrisay et Thoyer rapportent 236 cas de forceps ayant donné 206 enfants vivants et 30 morts, pendant une période de cinquante-trois mois. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 2.

Toutes les applications au niveau du détroit supérieur ont été faites en position oblique.

Statistique intégrale et détaillée de la Maternité de Pau du 1^{er} Janvier 1893 au 31 Décembre 1898 (principalement au point de vue de la morbidité puerpérale). — M. Ferré (de Pau), lit un travail sur ce sujet.

Utérus semi-septus uni-cervical avec vagin double. — M. Blondel présente l'observation d'une

femme dont l'utérus était bicorne, la cloison médiane s'arrêtant dans le segment inférieur.

Le col ne présentait aucune trace de bifidité, ni de cicatrice de cloison ancienne.

Il semblait que le vagin fût primitivement cloisonné dans toute son étendue, car il existait 2 crêtes médianes, vestiges de la cloison qui aurait été déchirée au premier accouchement.

Ce cas présente ceci de particulier, que les canaux de Müller, restés indépendants au niveau de l'utérus et du vagin, se sont soudés en un seul point au niveau du col.

Les incisions cervicales au début de la dilatation chez les primipares. — M. Fochier ayant remarqué que, chez les primipares, il existe souvent un épaississement anormal du col, qui empêche la dilatation de se compléter, a pensé qu'on supprimerait une résistance et qu'on hâterait la dilatation, en pratiquant des sections de 5 millimètres sur l'orifice utérin, au début de la période de dilatation, quand le doigt peut être introduit dans le col. Ces sections ont été faites par lui dans 24 cas, avec des ciseaux guidés par deux doigts introduits dans le vagin, après constitution du segment inférieur.

Il résulte de l'examen détaillé des faits cliniques apportés par M. Fochier, que la période de dilatation est diminuée par ces incisions, qui débourent pour ainsi dire, les faisceaux musculaires du col dont la disposition rappelle ceux qui existent au niveau de la pointe du cœur.

Cette méthode a l'avantage, en raccourcissant la période du travail, de diminuer les chances de la mortalité infantile.

M. Charles craint les abus de cette méthode, et se demande si, parfois, les incisions ne pourraient pas se prolonger en hauteur, comme une étoffe sur laquelle on a amorcé une déchirure.

M. Delore (de Lyon) considère que cette méthode n'est indiquée que dans les cas où le travail présente une lenteur excessive.

M. Guéniot admet que ce procédé est excellent pour accélérer le travail, mais qu'il doit être réservé à la rigidité anatomique du col.

M. Doléris, se basant sur la structure conjonctive du museau de tanche, pense que l'incision pour être efficace, ne devra pas seulement intéresser le bord libre du col, mais la portion qui constitue l'obstacle, c'est-à-dire la zone musculaire située plus haut.

Pour lui, il vaudrait mieux inciser, avec un bistouri boutonné, le sphincter musculaire sans toucher au bord de l'utérus, pratique qui doit être limitée à certains cas pathologiques.

Utilité du traitement gynécologique dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — M. Audébert (de Toulouse) rapporte deux observations de malades chez lesquelles les vomissements cédèrent immédiatement après la réduction de la rétro-déviations de l'utérus gravide.

Dans la deuxième observation, le col utérin, scléreux, fut d'abord dilaté avec une laminaire, puis pansé à la gaze ichthyole.

Dans les deux cas, les vomissements cessèrent aussitôt après la réduction et les malades accouchèrent à terme.

M. Doléris considère qu'il est préférable, dans ces cas, de recourir d'emblée à la réduction de la rétro-déviations, sans essayer d'agir sur le col.

Pour M. Guéniot, la dilatation à l'aide de la laminaire peut être efficace, mais elle est dangereuse. Le traitement des vomissements incoercibles comprend trois indications, car il faut agir sur l'utérus, sur la moelle épinière et sur l'estomac.

Loi utéro-fœto-placentaire. — M. Fournier (d'Amiens) montre que l'adaptation entre le contenant (utérus) et le contenu (fœtus et placenta) est parfaite, et que le placenta s'insère généralement sur toute la hauteur d'une des faces de l'utérus.

Cette insertion se fait aux extrémités de l'axe antéro-postérieur de l'utérus et du diamètre oblique droit du bassin.

Le fœtus est en contact avec le placenta par un de ses plans latéraux, et sa position se trouve déduite de celle du placenta.

M. Delore fait remarquer que, pour que cette loi ait un intérêt pratique, il faudrait pouvoir déterminer, sur le vivant, la situation du placenta par l'auscultation et le palper, ce qui n'est possible que dans quelques cas exceptionnels.

Extraction de l'arrière-faix après l'avortement (expression abdomino-vaginale de Budin). — M. Chavanne rappelle que cette manœuvre, employée par M. Budin depuis 1895, dans l'avortement complet, pour expulser le placenta préalablement décollé, a donné entre ses mains de nombreux succès et n'exige aucune instrumentation.

Il faut cependant chloroformer la malade jusqu'à résolution musculaire complète, pour que la main abdominale puisse arriver jusqu'au contact des deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur, de façon à chasser le placenta comme un noyau comprimé entre deux doigts.

M. Chavanne rapporte un grand nombre d'observations dans lesquelles cette méthode a donné d'excellents résultats.

M. Demelin. Ce mode de délivrance est surtout indiqué

dans les cas de rétention très prolongée du placenta dans le canal cervical; car alors l'utérus, épuisé, n'est plus capable d'expulser l'arrière-faix.

M. Charles considère que le chloroforme n'est pas nécessaire.

M. Budin. L'anesthésie n'est pas indispensable, mais est très utile, car elle relâche la paroi abdominale.

Cette manœuvre doit être précédée d'un décollement complet du placenta et doit s'accompagner du redressement de la rétro-déviations utérine.

Couveuse et hygiène des nouveau-nés. — M. Diffre (de Montpellier) présente une couveuse métallique, en forme de jardinière, qui présente de nombreux avantages pratiques.

Elle est chauffée par une lampe à pétrole ou par le gaz, la chaleur étant transmise à de l'eau, qui est placée de telle façon que l'évaporation est presque nulle.

Présentation d'un monstre humain anencéphale sans fissure spinale et avec bifidité faciale. — M. Caracache a apporté de Turquie une pièce très remarquable, dont on ne connaît pas d'autre exemple dans la science.

L'accouchement avait été rendu difficile et avait nécessité une application de forceps à cause de la conformation de la tête.

Ce monstre ne rentre pas dans la classification de Geoffroy-Saint-Hilaire, car il ne présente pas la fissure spinale qui caractérise les anencéphales.

L'intérêt de cette pièce réside dans une fissure faciale très étendue, due à un arrêt de développement dans l'évolution du bourgeon fronto-nasal.

Etude sur la toxicité urinaire pendant la grossesse et les suites de couches normales. — MM. Labadie-Lagrave, Noël et Basset. — La méthode employée a été celle de M. Bouchard.

L'expérimentation sur des cobayes en gestation a concorde avec les résultats obtenus sur les femmes enceintes.

Pendant la grossesse normale, et également pendant la grossesse tubaire, les poisons diminuent de moitié dans l'urine.

Cette variation de la toxicité urinaire peut être considérée comme un nouveau signe de grossesse, renforçant les symptômes de probabilité.

M. Charles considère que cette méthode peut conduire à élucider certains points de la pathogénie de l'éclampsie; mais le sang devra être également examiné.

Présentation de photographies microscopiques de caduque utéro-placentaire dans un cas d'endométrie déciduale. — MM. Fochier et Fabre ont constaté la présence de globules blancs en amas infiltrés dans l'épaisseur de la caduque.

Dans un grand nombre de ces globules blancs se trouvaient des diplocoques revêtant les caractères morphologiques du gonocoque.

M. Bar a vu souvent ces lésions dans les placentas provenant d'avortement.

Il pense que ces amas cellulaires sont des foyers de dégénérescence avec prolifération nucléaire et mortification des cellules.

Avec cette interprétation, les diplocoques trouvés par M. Fochier ne seraient que des débris nucléaires chargés de chromatine, et se colorant très facilement sous l'influence des colorants d'aniline.

Hématurie gravidique. — M. Treub (d'Amsterdam). M. Treub rapporte une observation d'hématurie dans le cours d'une grossesse sans lésion rénale probable.

Ce cas peut être rapproché de ceux qui ont été publiés antérieurement, mais en très petit nombre (Guyon, Bar, etc.).

Pour l'auteur, cette complication serait due à une hyperémie active ou passive, et le pronostic en serait réservé à cause de l'état anémique grave qui peut en être la conséquence.

Notes de physiologie et de pathologie de la grossesse pendant les jours qui correspondent à la période menstruelle. — M. Bossi (de Gènes) montre qu'on observe, pendant la grossesse, aux époques qui correspondraient à l'apparition des règles, un certain nombre de phénomènes rappelant ceux qui existent pendant la menstruation, en dehors de l'état de gravidité.

L'ensemble de ces phénomènes constitue ce que M. Bossi appelle les crises périodiques mensuelles de la grossesse, correspondant à une ovulation incomplète, comme le prouvent un certain nombre d'examen anatomiques.

Nouveau forceps à branches parallèles. — M. Demelin présente un forceps qu'il a fait construire à Lyon et dont les avantages sont réels.

Le système de préhension est celui du forceps de Chassagny, qui, au point de vue mécanique, assure une saisie parfaite de la tête. Le système de traction reste celui du forceps de Tarnier.

Un autre avantage de ce nouvel instrument est de supprimer la manœuvre du décroisement pour les applications dans le diamètre oblique droit.

Quelques recherches sur le placenta, avec présentation de pièces sèches. — M. Delore conclut, de ses nombreuses recherches sur des placentas d'âges et de races différentes, que la villosité est contenue dans

une cavité dont la paroi est bien protégée, mais peut cependant livrer passage à des éléments morbides.

Des microbes arrivant par le sang peuvent produire des thrombus. Enfin, on peut observer de la décoloration d'origine hémorragique, se transmettant par l'intermédiaire des membranes qui entourent la villosité.

Recherches sur le bassin du nouveau-né. — MM. Bouchacourt et Brindeau présentent neuf radiographies de bassins à l'état frais d'enfants nouveau-nés.

Ils ont eu pour but d'éviter ainsi les erreurs dues à la malléabilité très grande dans la dissection et à la rétraction dans la dessiccation.

Ils ont eu le profil de l'excavation en remplissant celle-ci de mercure qui, avec une pose un peu longue, est seul resté impénétrable aux rayons de Röntgen.

Classification des rétrécissements du bassin. — M. Fochier propose une classification rationnelle, qui a pour but de fixer les esprits sur le mécanisme de l'engagement dans l'excavation. Le rétrécissement peut porter sur un seul diamètre d'engagement, sur deux de ces diamètres, ou sur la totalité (bassins circulaires); d'où les divisions et subdivisions de ce mode de classement.

M. Delore rappelle qu'il est l'auteur d'une classification reposant sur la forme du détroit supérieur, et qui, d'après lui, serait plus simple.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

27 Mars 1899 (fin).

Recherches sur les terminaisons nerveuses sensitives dans les muscles striés volontaires.

— M. D. Poloumordwinoff. Les notions acquises jusqu'ici laissent croire que les muscles striés volontaires seraient dépourvus d'appareils terminaux sensitifs : les phénomènes de sensibilité dépendant des muscles (sens musculaire, sensations douloureuses) trouveraient leur explication dans la présence de terminaisons nerveuses spéciales, dans les tendons, fascias, tissu interstitiel des muscles, en un mot, dans le tissu conjonctif exposé à l'influence mécanique de la part des muscles à l'état de contraction.

L'auteur a trouvé dans les muscles striés des torpilles des terminaisons nerveuses qui ne rappellent en rien les plaques motrices. Cet appareil terminal consiste, chez les torpilles, en un grand nombre de fibrilles nerveuses, fines, variqueuses, qui se disposent en pinceau sur le sarcolemme de la fibre musculaire : chaque fibrille, après une série de ramifications dichotomiques, se termine par un petit renflement qui ne surpasse que par la grosseur les varicosités de la fibrille elle-même. Les nerfs auxquels appartiennent les terminaisons sont toujours les fibres nerveuses à myéline très larges; elles se divisent plusieurs fois avant de donner deux ou trois branches terminales. La gaine de Henle enveloppe l'appareil et se perd ensuite dans le sarcolemme.

Chez les grenouilles, les appareils terminaux sont plus compliqués. Les terminaisons ne sont pas liées à des muscles du type ordinaire, mais à des fibres musculaires plus courtes et plus minces, dépourvues de tendons, et connues sous le nom de fuseaux musculaires.

La forme de terminaison qui se rencontre le plus souvent est la suivante : un gros nerf à myéline, ayant atteint un petit groupe de fuseaux musculaires, se divise et se subdivise; les branches perdent la gaine de myéline et donnent les arborisations terminales sur le sarcolemme des fuseaux musculaires; chaque terminaison se compose de fibrilles variqueuses très minces, à ramifications dichotomiques se dirigeant le long des fuseaux. Tous les fuseaux constituant le groupe sont enveloppés en masse, dans leurs parties qui sont munies des terminaisons nerveuses, par une membrane-gaine de Henle de la fibre nerveuse.

Il en est de même chez les mammifères, avec cette différence que l'arborisation terminale s'élargit en forme de rubans qui entourent les fuseaux en spirale.

4 Avril 1899.

Absence d'iode sous forme libre ou de gaz iodés dans l'atmosphère de la région toulousaine. — M. F. Garrigou. L'auteur n'a pu déceler de traces d'iode dans l'air de Toulouse. Il a également recherché l'iode dans l'air atmosphérique de la saline de Salies-de-Béarn, en faisant condenser la vapeur d'eau qui se dégage des grandes chaudières d'évaporation. Cette eau condensée contenait des quantités très notables de chlorure de sodium, mais aucune trace d'iode.

Ces observations sont d'accord avec celles de M. A. Gautier.

E. JULLI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Avril 1899.

Torticolis congénital guéri par le traitement chirurgical. — M. Berger présente un jeune garçon

de dix ans, atteint de torticolis congénital, compliqué de scoliose et d'asymétrie crânienne et faciale, et qui a été guéri par la ténomie sous-cutanée des deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien et par le massage.

Ce cas tire son intérêt de la complexité de la déformation consécutive qui consistait dans une diminution des diamètres vertical et transversal de la face du côté de la rétraction (côté droit), dans une conformation oblique ovulaire du crâne, qui se continuait avec une triple inflexion rachidienne, présentant une première convexité cervicale gauche, une convexité dorsale droite, une dernière courbure de compensation lombaire à convexité gauche. Cette déviation a complètement disparu après le redressement de la tête, obtenu par la section du sterno-cleido-mastoïdien, et sous l'influence des massages et des manœuvres modelantes. M. Berger insiste sur l'importance du traitement orthopédique consécutif qui doit durer des mois et être dirigé avec le plus grand soin.

Partisan convaincu de la méthode sous-cutanée pour la section du sterno-cleido-mastoïdien, M. Berger n'a pas vu de cas de torticolis congénital qui ait résisté à cette opération, qui est plus délicate que la section à ciel ouvert, mais qui ne présente pas plus de dangers. La ténomie sous-cutanée a, sur celle-ci, l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, ce qui est d'une importance considérable chez les jeunes sujets et surtout chez les filles. Dans les cas où le redressement par la ténomie sous-cutanée laisserait un résultat incomplet, il serait temps de recourir aux sections musculaires à ciel ouvert ou même à l'extirpation du sterno-cleido-mastoïdien, proposée par Mikulicz, opération qui doit être réservée pour des cas extrêmes et dont, jusqu'à présent, M. Berger n'a pas vu se présenter l'indication. Dans le torticolis congénital, la section sous-cutanée du muscle doit être l'opération de choix.

M. Pinard. Je ne crois pas qu'il faille appeler cette affection torticolis congénital, le sujet ayant été atteint de torticolis après sa naissance seulement. Le torticolis est dû à ce que l'accouchement a été difficile et qu'on a dû extraire l'enfant par des manœuvres de traction sur les pieds. Dans ces conditions, il peut se produire un hématome du cou dans la gaine du sterno-mastoïdien, et une rétraction consécutive.

Je crois qu'on aurait pu ne pas faire cette opération. En effet, d'après ce que j'ai vu dans cinq cas, je suis convaincu qu'on peut, au moyen de manœuvres de massage, faites dès le début, obtenir des résultats remarquables.

M. Berger. La dénomination de torticolis congénital est en effet vicieuse lorsqu'elle s'applique à un torticolis survenu quelque temps après la naissance. Il vaudrait mieux désigner ces cas sous le nom de torticolis obstétrical ou de torticolis infantile.

Je crois aussi que le massage peut amener de très bons résultats dans le torticolis au début, lorsque la rétraction du sterno-mastoïdien commence; mais lorsqu'elle est constituée, je ne crois pas que le massage seul, sans ténomie, soit capable de réduire la déformation.

Traitement de la diarrhée du sevrage. — M. R. St-Philippe (de Bordeaux). Afin de pouvoir prévenir ou traiter efficacement, dès leur apparition, les accidents qui surviennent souvent au moment du sevrage chez les enfants de un à deux ans, il est nécessaire que les enfants soient, à cette période de la vie, attentivement surveillés par le médecin.

Si des accidents gastro-intestinaux surviennent, le régime lacté absolu devra être tout d'abord institué et suivi d'une façon rigoureuse pendant quelques jours. Si ce régime ne semble pas bien supporté par l'enfant, s'il n'amène aucune amélioration, il faudra le supprimer et recourir à un autre traitement, sous peine de voir l'enfant dépérir de plus en plus et arriver à un véritable état d'abrepsie.

La prescription d'un régime rigoureux et bien surveillé, dont la viande crue recommandée par Trouseau, les purées de légumes cuits, les décoctions de céréales, de malt, les eaux alcalines, joints à quelques médicaments, constituent la base, amène souvent une véritable résurrection.

Après avoir vaincu la diarrhée, il reste encore à combattre la dyspepsie et à rendre les forces à l'enfant au moyen des bains chauds salés, des frictions sèches, des cures d'air.

Du rôle ossificateur de la dure-mère; conséquences au point de vue de la technique des interventions crâno-encéphaliques. — MM. A. Chi-pault et Berezowski. J'ai toujours été réfractaire aux interventions crâniennes laissant intacte la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux. J'avais la conviction que ceux de mes trépanés chez qui je l'avais enlevée, m'avaient donné des résultats bien supérieurs à ceux chez qui je l'avais, soit laissée indemne, soit rabattue et suturée après incision.

Je puis appuyer aujourd'hui cette opinion sur des faits précis. Ces faits sont les uns expérimentaux, les autres cliniques.

Les faits expérimentaux, observés chez des chiens, des chats et des lapins, ont démontré :

1° Que la dure-mère prenait une part considérable à l'ossification des pertes de substances crâniennes;

2° Que les changements de rapports topographiques s'opposent à sa propriété ossificatrice;

3° Que les adhérences cicatricielles aseptiques du péricrâne et du cortex recouvert de ses méninges molles n'ont aucune influence fâcheuse sur ce dernier.

M. Berezowski poursuit actuellement l'étude histologique des premiers stades de cette ossification durable.

Les faits cliniques démontrent que, dans les trépanations où la dure-mère a été conservée intacte, l'oblitération osseuse de la perte de substance se produit sur toute sa surface; qu'elle se produit en partie, si la dure-mère a été conservée partiellement; qu'elle ne se produit pas, si elle a été détruite.

Ils permettent, en outre, de constater que les résultats thérapeutiques obtenus sont très supérieurs, lorsque la permanence de l'orifice osseux a été assurée par la suppression de la dure-mère correspondante. Les faits personnels sur lesquels je m'appuie sont :

1° Neuf traumatismes anciens;

2° Deux épilepsies essentielles avec crises unilatérales;

3° Quatre tumeurs inélevables de l'encéphale.

En présence de ces faits, une conclusion s'impose et s'imposera davantage encore si à mes 15 observations j'ajoutais les 29 prises par M. Berezowski à la clinique du professeur Kocher : c'est que l'énorme majorité des interventions crâniennes, interventions pour traumatismes récents, interventions pour traumatismes anciens, sans et surtout avec épilepsie jacksonienne, interventions pour épilepsie essentielle, interventions pour microcéphalie, interventions pour néoplasmes intra-crâniens inélevables, doivent, pour donner un résultat durable, comprendre :

1° Une ablation définitive de l'os. Les craniectomies temporaires ont fait leur temps, ou, en tout cas, ne doivent conserver que des indications extrêmement restreintes;

2° Une ablation définitive de la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux, nécessaire pour assurer la permanence de cet orifice. Il n'est, du reste, pas indispensable, pour réussir, d'enlever la totalité de la dure-mère correspondante; il suffit de créer une perte de substance durable en forme de fossé cutané avec des ponts correspondants aux vaisseaux méningés; fossé dont on assurera la persistance, soit par l'ablation des languettes durales, soit par leur rabattement sur les bords de l'orifice osseux et leur suture au périoste, ce qui empêchera d'autre part l'épanchement du sang diploïque à la surface de l'encéphale.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Armaingaud (de Bordeaux) lit un travail sur l'organisation et le fonctionnement des cours d'hygiène et de prophylaxie de la tuberculose qui viennent de s'ouvrir dans dix-sept des arrondissements de Paris. (Voir même numéro, p. 144.)

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 Avril 1899.

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Berger fait, sur ce sujet, une longue communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Dans les tuberculoses au début, la castration doit être pratiquée quand les lésions sont en voie d'accroissement et quand elles sont encore exactement limitées à une des moitiés de l'appareil génital;

2° Les lésions du canal déférent, celles même de la vésicule séminale ne sont pas une contre-indication à l'opération;

3° La castration doit être complétée par l'extirpation de la totalité du canal déférent, même lorsque celui-ci est indemne en apparence;

4° Si la vésicule séminale participe aux altérations, on pourra l'extirper par la voie inguinale, soit mieux encore, par voie périméale;

5° Dans tous les cas où le testicule atteint par la tuberculose, est une des causes principales de l'altération de la santé générale, de la déperdition des forces et des souffrances, même s'il existe des lésions tuberculeuses d'autres organes, ce testicule doit être supprimé à moins qu'il n'y ait une contre-indication tirée de l'état général du sujet;

6° La castration, pour les affections tuberculeuses de l'appareil génital, ne doit jamais être pratiquée des deux côtés.

Relevé statistique des opérations pratiquées dans le service de gynécologie de l'hôpital Broca annexe Pascal durant les neuf dernières années (1890-1899). — M. Pozzi présente la statistique globale des opérations pratiquées dans son service depuis 1890. Le total est de 1910, avec 1813 guérisons et 97 morts. Le total des laparotomies, en général, est de 799 avec 742 guérisons et 57 morts. Parmi ces dernières, mentionnons les opérations de chirurgie conservatrice des ovaires et ayant trait à des réséctions et à des ignipunctures; le nombre en est de 72 avec 72 guérisons. L'opération de Batley a été pratiquée 12 fois avec 12 guérisons. L'ablation des annexes pour hydrosalpinx a été exécutée 19 fois avec 19 guérisons. L'extirpation des annexes pour salpingite parénchymateuse a été faite 133 fois avec 131 guérisons. Tous ces chiffres montrent une fois de plus la bonté de la laparotomie en elle-même.

Les hystérectomies abdominales pour fibromes ont donné les résultats suivants: 40 supra-vaginales avec

7 morts, 42 totales avec 13 morts, 8 myotomies avec 1 mort. Le pourcentage de mortalité est assez fort, mais il tend cependant à diminuer, car sur les 42 totales, 9 ont été opérées dans l'année scolaire 1898-1899 et ont été suivies de 8 guérisons et de 1 mort.

Les hystérectomies vaginales ont donné les résultats suivants : 38 opérations pour épithélioma avec 31 guérisons et 7 morts ; 64 opérations pour corps fibreux avec 60 guérisons et 4 morts ; 84 opérations pour lésions inflammatoires et non supprimées des annexes et de l'utérus, avec 76 guérisons et 8 morts ; 87 opérations pour lésions supprimées avec 75 guérisons et 12 morts.

Relativement aux hystérectomies vaginales pratiquées pour corps fibreux, il est à remarquer que quelques-unes ont été faites pour des corps fibreux très volumineux, et les poids suivants sont à signaler : 1 kgr. 700, 1 kgr. 200, 920 grammes, 720 grammes, 600 grammes.

A ces interventions, il faut ajouter les opérations gynécologiques diverses, telles que curetage, amputations du col, colpo-périnéorrhaphie, etc., qui sont au nombre de 820 ; elles ont donné 816 guérisons et 4 morts.

A cet ensemble d'opérations, il reste à ajouter 68 opérations abdominales non gynécologiques, avec 60 guérisons et 8 morts et 136 opérations non gynécologiques et non abdominales avec 136 guérisons.

Le total général de toutes les opérations atteint 2114 avec 2009 guérisons et 103 morts.

De la craniotomie avec perte de substance permanente de l'os et de la dure-mère ; modification opératoire nouvelle. — M. Tuffier. Nous venons de voir, au Congrès allemand de Berlin tenu ces jours derniers, le traitement chirurgical de l'épilepsie par la trépanation remise à l'étude. La décompression cérébrale permanente a été regardée comme la condition la plus importante du succès de l'opération. Ce sont les expériences et les recherches de mon collègue et ami de Moscou, M. Berzowsky, qui sont venues appuyer cette opinion. Je vous rappelle que MM. Champignonnière et Lannelongue ont soutenu la même idée, il y a bien longtemps, et que les orateurs du Congrès ne me paraissent pas en avoir tenu compte. Quoi qu'il en soit, les procédés opératoires actuels doivent tendre à cette permanence de la soupape de sûreté, de la décompression cérébrale.

Après avoir travaillé à la clinique de Berne, M. Berzowsky a suivi mon service, et, sur son conseil, je viens de pratiquer, il y a deux mois, deux opérations de trépanation avec perte de substance permanente de l'os et de la dure-mère, dont je vais vous montrer le résultat, qui est parfait au point de vue opératoire et thérapeutique. Nous avons appliqué, sur le conseil de M. Berzowsky et d'après ses expériences sur le lapin, le *bordage de la perte osseuse par la dure-mère éversée et suturée au périoste*. Ce procédé n'a, je crois, jamais été appliqué chez l'homme, contrairement à ce que pourrait faire croire une communication de M. Chipault à l'Académie et ainsi qu'il m'en a dit lui-même. Voici le manuel opératoire suivi dans des deux cas : dans la première opération, la surface du crâne mise à nu était de 8 centimètres de diamètre ; le périoste est réséqué et l'os enlevé dans cette étendue, la dure-mère est mise à nu, et les signes d'hypertension cérébrale sont manifestes. Je sectionne cette dure-mère de façon à ne laisser pour brider le cerveau que deux lanières dure-mériennes en croix, les quatre secteurs limités par mes incisions sont rabattus, éversés et suturés au périoste, si bien que, l'opération terminée, il existe, au niveau de ma large trépanation, quatre fenêtres à travers lesquelles le cerveau est à nu. Il est bridé par le bandage en croix, formé par mes deux lanières dure-mériennes et le pourtour osseux de la trépanation est bordé par la dure-mère éversée.

Chez mon second malade opéré le même jour, j'ai pratiqué la même large trépanation avec destruction du périoste et ablation de l'os dans toute l'étendue de la surface ainsi mise à nu ; la dure-mère n'est pas tendue, il n'existe aucun signe d'hypertension cérébrale. Je fends la dure-mère, et le cerveau n'a aucune tendance à faire hernie. Dans ces conditions, je résèque la dure-mère en la laissant saillir d'environ 1 centimètre en dedans de la perte de substance osseuse, si bien, qu'après résection de cette membrane, nous voyons la surface osseuse à 1 centimètre de la dure-mère en collerette, puis en dedans des circonvolutions à nu. Je fends, aux deux extrémités latérales de mon incision, cette collerette dure-mérienne, je l'éverse et je suture son bord au bord du périoste de la face externe de l'os. J'ai ainsi une surface osseuse, bordée de tous côtés par la face externe de la dure-mère éversée ; le cerveau est donc en rapport, l'opération terminée, avec la seule dure-mère et la face profonde cruentée du lambeau crânien-cutané.

Dans les deux cas, réunion par première intention sans drainage, résultat opératoire primitif et consécutif parfait. Je trouve plusieurs avantages à cette modification opératoire : 1° elle assure la permanence d'un orifice souple, expansible, formant une soupape de sûreté durable et efficace ; 2° le suintement sanguin du diploé des os du crâne se trouve arrêté par cette simple compression, et tous ceux qui ont quelque pratique de la chirurgie crânienne savent sa persistance fréquente ; 3° cette perte de substance définitive ne présente aucun danger, pas un des malades observés à longue portée (dix et vingt ans) n'a eu d'accident dû à un trau-

matisme de cette région dépourvue de paroi rigide ; 4° le cerveau trouve, au lieu des bords osseux souvent irréguliers et menaçants, une surface lisse physiologique ; 5° il n'y a aucun danger de hernie cérébrale.

(A suivre.)

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 Avril 1899.

Erythème survenu pendant la convalescence de la grippe. — M. Antony donne communication, de la part de M. Biscans, d'un cas d'érythème scarlatinoïde survenu pendant la convalescence d'une pleuro-pneumonie de nature grippale.

M. Antony rapproche de cette observation un fait d'érythème nouveau qu'il vient de constater dans des conditions semblables.

Les éruptions sont loin d'être rares dans l'histoire de la grippe, mais elles coïncident généralement avec les premiers symptômes de la maladie. Les éruptions consécutives à l'infection grippale sont moins communes. Il semble rationnel de les attribuer aux infections secondaires si fréquentes dans les cas de grippe et sous la dépendance soit des pneumocoques, des staphylocoques ou des streptocoques.

Le rhumatisme sacro-iliaque. — M. L. Galliard. Le rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque ne se traduit ni par la rougeur ni par le gonflement, mais seulement par la douleur spontanée et provoquée. Aussi est-il souvent méconnu. On le confond avec le lumbago, le rhumatisme des muscles fessiers, la névralgie sciatique, etc. Il obéit aux mêmes lois que le rhumatisme des autres jointures. Je l'ai observé plusieurs fois chez la femme. Dans les 3 cas que je relate ici, il s'est manifesté chez des hommes adultes et seulement à gauche.

Ma première observation se rapporte à un homme de quarante-deux ans chez qui le rhumatisme aigu, fébrile, de l'articulation sacro-iliaque gauche a précédé une méningite pneumococcique sans pneumonie.

Dans la seconde, il s'agit d'un homme de trente-trois ans, atteint récemment de fièvre typhoïde et conservant des signes de parésie intestinale ; ce sujet avait, en même temps qu'une douleur localisée à l'articulation sacro-iliaque gauche, de vives douleurs sur toute la longueur de la colonne vertébrale, pouvant faire songer tout d'abord à une méningite spinale. La suite des événements démontra qu'il s'agissait d'un rhumatisme vertébral coïncidant avec le rhumatisme sacro-iliaque. Ce rhumatisme subaigu dura huit semaines malgré le traitement par l'iodure de potassium et le salicylate de soude.

La troisième observation est celle d'un homme de

trente-neuf ans, atteint de rhumatisme hémorragique de l'articulation sacro-iliaque gauche, se terminant par la guérison au bout d'un mois. Les névralgies crurales et sciatique ont coïncidé avec ce rhumatisme.

M. Rendu. Je ne connais pas personnellement de rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque ; mais, puisqu'il s'agit de manifestations anormales du rhumatisme, je crois devoir relater un fait que je viens d'observer et qui est l'ébauche de l'affection décrite par M. Marie sous le nom de spondylose rhizomélique. Il s'agit d'un homme atteint d'ankylose de la colonne vertébrale dans sa partie supérieure et d'arthrite sèche des deux articulations scapulo-humérales. Ce rhumatisme était de nature hémorragique. Comme on le voit, c'est une véritable spondylose rhizomélique au début.

L'alcoolisme dans les hôpitaux. — M. Debève demande à la Société de nommer une commission pour étudier les moyens d'action que les médecins des hôpitaux peuvent avoir à leur disposition dans la lutte contre l'alcoolisme. Cette commission élaborera un rapport dont les conclusions seront discutées dans une des séances de la Société.

MM. Bécère, Courlois-Suffit, Debève, Jaquet, Joffroy, Le Gendre, Marie, Siredey, Triboulet sont nommés membres de cette commission.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

7 Avril 1899.

Epithéliome cylindrique du colon iliaque ; obstruction complétée par un corps étranger. — MM. Remy et G. Bouvet présentent un rétrécissement cylindrique de l'S iliaque, observé chez une femme de vingt-deux ans, rétrécissement oblitéré par un corps étranger qui était venu former complètement la lumière du conduit sténosé.

Sarcome du calcaneum. — M. Morestin montre une tumeur de la partie postérieure du talon, adhérente au calcaneum, enlevée chez une femme de vingt-cinq ans. Au microscope, il s'agit d'un sarcome à cellules rondes, avec travées de tissu fibreux dans l'épaisseur de la tumeur.

Section accidentelle du tendon fléchisseur du médus. — M. Morestin étudie, à propos d'un cas de section ancienne, par un bistouri, au cours de l'ouverture d'un abcès, du tendon fléchisseur du médus, comment un doigt dont les tendons fléchisseurs sont interrompus peut exécuter des mouvements de flexion.

Tumeur kystique de l'ovaire, avec généralisation. — M. Cornil montre des préparations d'une énorme tumeur ovarienne, enlevée d'un ventre dont le péritoine était parsemé de végétations. La tumeur est creusée de cavités kystiques dans lesquelles on peut voir des végétations.

Au microscope, ces cavités apparaissent remplies de mucus et de cellules tombées de la paroi, laquelle est recouverte de végétations tapissées d'un épithélium cylindrique.

Ces épithéliomes malins, généralisés, ne diffèrent pas, histologiquement, des kystes ovariens communs.

Note complémentaire sur un cas de cancer de la plèvre. — M. Letulle a pratiqué l'examen histologique du cas de cancer pleural, en apparence primitif, présenté par M. Fossard dans une séance antérieure.

Il s'agit très nettement d'un épithéliome ; on ne peut donc admettre qu'on se trouve en présence d'une néoplasie primitive.

14 Avril 1899.

Sur la réaction des ganglions lymphatiques au voisinage des cancers. — MM. Fernand Bezaçon et Marcel Labbé. L'hypertrophie des ganglions lymphatiques correspondant à un territoire cancéreux n'implique pas nécessairement leur envahissement par du tissu néoplasique.

Cette hypertrophie, qui se rattache dans quelques cas à des infections secondaires, traduit souvent simplement une hyperactivité fonctionnelle du ganglion.

En effet, l'examen histologique du ganglion hypertrophié montre la structure normale du ganglion avec cette particularité que les follicules sont volumineux et possèdent des centres germinatifs extrêmement développés et riches en figure de karyokinèse, on croirait voir le ganglion lymphatique d'un animal jeune.

Cette hyperactivité fonctionnelle du follicule persiste même lorsque le cancer commence à envahir les voies lymphatiques du ganglion.

Ce fait est intéressant à rapprocher des faits observés par MM. F. Bezaçon et Labbé dans les infections ganglionnaires expérimentales. Là, en effet, le follicule du ganglion réagit activement au début de l'infection et n'est le siège de véritables lésions qu'à une période tout à fait tardive de l'infection.

Bien loin donc que le début de la néoplasie se fasse dans le ganglion, au niveau des centres germinatifs, comme le feraient croire certaines descriptions, on peut dire que dans le cancer le follicule et son centre germinatif constituent l'*ultimum moriens* du ganglion lymphatique.

Pyonéphrose avec signes d'obstruction intestinale. — M. Estrabaut apporte un rein droit transformé en une série de poches remplies de pus, avec un urètre distendu, un peu rétréci par un éperon à sa partie toute supérieure.

Le malade s'était présenté avec des phénomènes d'obstruction intestinale ; l'examen permit de constater une collection dans le flanc droit ; l'incision lombaire évacua une abondante quantité de pus.

Il s'agit vraisemblablement d'une ancienne hydro-néphrose, secondairement infectée.

Tumeur du testicule avec généralisation. — M. Estrabaut montre une grosse tumeur du testicule, propagée au niveau des ganglions iliaques, qui forment une masse analogue à la tumeur primitive, et généralisée au péritoine et au foie sous forme de petits noyaux disséminés. L'évolution a duré quatre à cinq mois.

L'examen histologique sera nécessaire pour déterminer la nature de ce néoplasme testiculaire.

Cancer mélanique de la peau avec généralisation dans les ganglions axillaires. — MM. Bacaloglu et Bosvieux présentent la photographie et des coupes histologiques d'une énorme tumeur axillaire. Il s'agit d'un homme de soixante ans qui, après avoir eu une petite tumeur de la peau du dos, enlevée chirurgicalement, a présenté une généralisation dans les ganglions axillaires, et quelques nodules sous-cutanés noirâtres. A l'autopsie, on ne trouva de noyaux secondaires que dans la rate.

Histologiquement, il s'agit de cellules sarcomateuses avec dépôts de pigment mélanique prédominants au niveau des bandes scléreuses.

M. Auscher se demande, en constatant le pigment dans les cellules fixes du tissu conjonctif, si ces cellules sont elles-mêmes constitutives de la tumeur, ou bien s'il s'agit simplement d'une pigmentation des cellules conjonctives préexistantes.

M. Cornil fait remarquer qu'autrefois on admettait les deux éventualités, mais que, maintenant, on admet plutôt la seconde. Avec M. Ranvier, il a décrit la pigmentation des cellules glandulaires de la mamelle dans un cas de sarcome mélanique généralisé. Dans ces cas de sarcome mélanique, les grains de pigment circulent partout ; il y en a dans le sang.

Accidents mortels déterminés par l'arrêt d'un fragment de râtelier dans le pharynx. — M. Morestin montre un fragment de râtelier avalé par mégarde, arrêté dans la partie inférieure du pharynx, sans que la radiographie ait pu révéler sa présence ; la présence de ce corps étranger détermina une collection pu-

rolente et gazeuse, qu'on ouvrit, mais la malade succomba à une infection septique broncho-pulmonaire.

Épiloïte localisée consécutive à la cure radicale des hernies. — M. Moreslin rapporte l'observation d'une femme de soixante-neuf ans qui subit la cure radicale de deux hernies, crurale et ombilicale. La dernière fut très laborieuse. À la suite, il se produisit un abcès, une fistule, et l'on fut amené à pratiquer la laparotomie; on débarrassa ainsi la malade d'une masse épiloïte du volume des deux poings, sorte de pseudo-fibrome, adhérent aux organes voisins. L'ablation laissa une sorte de cavité qu'on dut marsupialiser et la malade guérit.

M. Cornil a vu souvent, chez le chien, dont l'épiploon résiste pourtant mieux à l'infection que celui de l'homme, des tumeurs qui rappellent la précédente, constituées par des cellules embryonnaires et parfois même des cellules géantes, à la suite d'opérations pratiquées avec des fils non résorbables.

Volulus de l'intestin grêle consécutif à des adhérences dues à une appendicite ancienne. — M. Souligoux montre les pièces d'un cas d'occlusion intestinale observé chez un homme de quatre-vingt-quatre ans, mort au cours de la laparotomie pratiquée *in extremis*.

L'intestin grêle s'est enroulé au niveau d'une bride fibreuse, qui attache le cœlon pévien à cette portion du petit intestin. L'appendice est entouré d'adhérences anciennes, et c'est consécutivement à ces lésions latentes que l'obstruction s'est déclarée.

Hernie d'une frange épiloïte à travers la paroi abdominale. — M. Souligoux a observé une petite tumeur venant faire hernie au niveau de la cicatrice d'une laparotomie pratiquée par M. Guinard dans le service de M. Peyrol. Il l'a réséquée aux ciseaux; une petite hémorragie s'est déclarée lors de la section du pédicule. Il s'agit bien d'une frange épiloïte, comme on l'avait diagnostiqué, et comme le confirme l'examen histologique pratiqué par M. Cornil.

Kyste hydatique rénal supprimé; néphromie. — M. Le Fur montre la membrane qui tapissait une poche développée au niveau du rein droit, et que l'examen microscopique révèle être une paroi de kyste hydatique. Le contenu du kyste supprimé a été évacué par néphrotomie lombaire. Le cathétérisme des urètres avait montré la perméabilité de l'uretère droit.

Au point de vue étiologique, la suppuration s'est produite à l'occasion d'une infection puerpérale, comme le fait est fréquent à propos des kystes du foie.

Abcès putride du cerveau post-otitique. — M. Saquepée présente le cerveau et le crâne d'un malade qui, depuis une quinzaine d'années, était atteint d'otorrhée, et qui, en plein coma, fut trepané au Val-de-Grâce. On ouvrit un abcès putride du cerveau; mais le malade mourut peu après.

À l'autopsie, on retrouve l'abcès cérébral rempli de pus et de gaz, communiquant avec une petite collection analogue sous-dure-mérienne, appliquée sur le rocher.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

13 Avril 1899.

À propos du baume du Pérou; onguent styrax; vaselines. — M. Jullien. Nous désirons examiner les allégations portées à la dernière séance contre le baume du Pérou. Il serait irritant localement et son absorption pourrait amener des phénomènes d'empoisonnement. Nous négligerons le premier point, car il n'est pas une substance qui, dans certaines conditions, chez un sujet prédisposé, ne puisse déterminer de la dermatite. Le second point vise des faits si en dehors de l'observation qu'on peut dire qu'ils vont contre le consensus universel. Hoffmann composait avec le baume, son baume de vie. Sydenham le donnait *in magna dosi* contre la colique de plomb. Morton en faisait ses pilules contre la phthisie. On en donnait jusqu'à 2 grammes à l'intérieur dans l'ancienne pharmacopée. Il est donc à présumer que si le baume en frictions a pu produire des effets toxiques, c'est qu'il n'était pas pur, la seule idée de cette nocivité paraissant aux maîtres de la matière médicale une véritable hérésie.

Nous avons fait absorber impunément de 50 centigrammes à 5 grammes de baume étendu dans de la vaseline ou dans de l'alcool, à des cobayes de 500 gr., ce qui correspond, pour un adulte de 50 kilogrammes, à une dose 100 fois plus forte de 50 grammes et de 500 grammes. Au contraire ils mouraient quand ils ingéraient le baume pur à la dose de 4 gr., 60, ce qui équivalait à 450 grammes pour un adulte. L'estomac était rouge, irrité et les viscères congestionnés. Le baume pur, pris en quantité véritablement énorme, pourrait donc être dangereux. La dose d'un demi-litre provoquerait, comme le disent Nothnagel et Rosbach, un catarrhe gastro-intestinal avec des phénomènes inflammatoires sur toutes les muqueuses. Mais il n'offre aucun danger dans les conditions où nous l'employons; nous anrions, s'il en était autrement, à enregistrer une véritable épidémie d'accidents. Depuis 1896, date de la thèse de notre élève Descolleurs et du travail que nous avons publié

en collaboration, l'usage du baume s'est considérablement répandu et nous estimons que les observations lues à la dernière séance sont insuffisantes pour ébranler la confiance.

M. Hallopeau. C'est exclusivement pour les enfants que nous avons fait des réserves, et nous n'oserions pas faire chez eux des frictions générales.

M. Fournier. Dans notre service, où nous l'appliquons constamment aux enfants, nous l'employons pur et nous enveloppons; jamais nous n'avons observé d'accidents.

M. Dubreuilh. Nous n'avons jamais observé d'accidents; nous ne l'employons pas pur, mais en solution alcoolique à 30 pour 100.

M. Besnier. Nous avons prié M. Vigier de composer des savons avec le baume du Pérou et nous avons demandé à M. Brocq de bien vouloir les expérimenter.

M. Brocq. Dans 2 cas de gale chez l'adulte, nous avons fait pratiquer, avec ce savon, des frictions qui ont été suivies d'éruptions artificielles si intenses, que nous avons cru ne pas devoir pousser plus loin les expériences.

M. Besnier. Il serait utile de poursuivre l'étude de la pratique des applications de ce topique. Les indications de détail manquent; il y a grand intérêt à préciser la dose, les précautions à prendre, la nature des préparations pharmaceutiques, enfin, les indications spéciales aux divers malades à traiter. Nous avons employé le baume du Pérou et le baume styrax incorporé à 5 pour 100 et nous avons observé que l'innocuité à l'égard des enfants n'était pas parfaite; les enfants les plus susceptibles au topique étaient ceux qu'affectait une bronchite ou que la moindre maladie avait frappés. Il serait utile de savoir si les deux observations étrangères signalées à la dernière séance se rapportaient à du baume du Pérou pur ou mélangé.

M. Brocq. Le baume styrax, à l'origine, fut employé par notre regretté maître Vidal chez les enfants et chez les adultes indifféremment; il le regardait comme absolument inoffensif. Jusqu'en 1887, nous suivîmes sa pratique sans qu'il en résultât pour nous le moindre inconvénient; à partir de cette époque, soit que la constitution dermatologique ait varié, soit bien plutôt que le baume ait subi des modifications de composition, se produisirent des éruptions formidables, et nous eûmes depuis lors des accidents en l'employant même avec précaution.

M. Fournier. N'y a-t-il pas des différences aujourd'hui même dans le baume du Pérou suivant sa provenance? Ne voyons-nous pas la vaseline autrefois inoffensive donner maintenant de tels accidents qu'on n'ose plus l'employer? Cela tiendrait, dit-on, à ses procédés de purification, à l'acide sulfurique en particulier.

M. Brocq. L'acidité des vaselines n'est pas le plus souvent la cause de leur action nocive; il est encore impossible de préciser à l'heure actuelle la raison de ces effets. M. François, pharmacien de l'hôpital Broca, a examiné avec soin des vaselines très caustiques qu'il n'a pas trouvées acides. Il y a là une question dont l'Administration pourrait utilement s'occuper.

M. v. Horn. Nous employons le baume du Pérou dissous dans l'alcool à parties égales.

Au sujet de l'orthoforme. — M. Besnier. Sur notre demande, M. Brocq a expérimenté dans son service l'orthoforme dans ses diverses préparations. Il a constaté l'association de qualités anesthésiantes et de qualités irritantes. Il lui a été donné d'observer des accidents toxiques et l'on sait que déjà chez des enfants de semblables faits s'étaient produits.

M. Brocq. Dans nos expériences à l'hôpital Broca, nous avons employé deux ordres de préparations: des solutions, des pommades. L'orthoforme en solution concentrée, et l'on sait qu'il est extrêmement peu soluble dans l'eau, a été employé en applications humides sous forme de compresses imprégnées de la solution, exprimées, puis garanties contre l'évaporation. Après deux jours, trois jours au plus, la peau s'irrite, rougit, et le démangeaison peut disparaître si vive que certaines de nos malades ont arraché leur pansement.

En pommades nous avons appliqué l'orthoforme pur au vingtième ou l'orthoforme associé à l'oxyde de zinc. Nous faisons toujours concurremment l'application à gauche du topique orthoformé, à droite d'un topique de même composition, moins l'orthoforme. Le démangeaison est, en général, tout d'abord calmée, encore qu'il y ait de nombreuses exceptions à cette règle. Mais toujours, après quarante-huit heures à trois jours, survient une éruption artificielle provoquant elle-même des démangeaisons considérables.

Ayant prescrit à un adulte, en dehors de l'hôpital, une pommade orthoformée au quarantième, il se produisit à la face, lieu d'application, une rougeur intense et une infiltration totale, dure et persistante de la région. Il fallut vingt jours pour la résolution de cet infiltrat.

Chez la femme d'un de nos confrères on avait appliqué pour une fissure du pli interfessier de la poudre d'orthoforme. Il se produisit une éruption artificielle avec rougeur vive et suintement; un véritable effet de vésicatoire. Notre confrère, sans soupçon, ayant ajouté de la poudre d'orthoforme sur une seconde fissure de la région vulvaire, il survint une horrible tuméfaction des petites lèvres, de la rougeur des cuisses et du suintement. Avec cette éruption locale survinrent des phénomènes d'in-

toxication générale: sur le front, le tronc, les bras, les mains, les jambes, on vit se produire des nodules infiltrés analogues à ceux de l'urticaire géante, d'une dureté cartilagineuse de teinte rose ou rouge, formant de véritables tumeurs nodulaires.

En présence de cet ensemble de phénomènes, il nous semble urgent de prévenir les médecins.

M. Thibierge. A l'intérieur, l'orthoforme a des inconvénients aussi sérieux. Epstein (de Breslau) a signalé à la suite de son emploi des vomissements, du collapsus, de l'hyperthermie, des douleurs persistantes.

M. Danlos. D'une expérimentation très étendue Epstein a pu tirer les conclusions suivantes: un certain nombre de patients sont nettement soulagés, quelques-uns restent indifférents, mais il en est dont les douleurs s'accroissent beaucoup quand on associe l'orthoforme au calomel et d'autres enfin ont présenté de graves phénomènes d'intoxication.

Lésions sanguines dans l'urticaire. — M. Leredde. Nous avons examiné jusqu'ici le sang d'un certain nombre d'urticariens et nous avons toujours trouvé des altérations sanguines, soit des modifications de l'équilibre leucocytaire soit la présence de formes anormales.

Les malades étudiés à plusieurs reprises sont au nombre de trois: nous avons constaté au moment de la poussée urticarienne une polynucléose qui a disparu lors de la guérison.

Les autres malades n'ayant été étudiés qu'une fois on ne peut faire exactement le départ des lésions sanguines qui ont précédé l'urticaire et de celles qui l'ont accompagné. Certaines lésions, en particulier l'hyperglobulie et l'hyperchromie, sont évidemment antérieures à la poussée éruptive. Ces lésions antérieures ont une grande importance, car elles permettent d'expliquer dans une certaine mesure la sensibilité des malades aux causes directes de l'urticaire, sensibilité qui est, je crois, une sensibilité sanguine et non une sensibilité nerveuse.

Onychogryphose cornée. — MM. Balzer et Gauthery. Il s'agit d'une malade, âgée de cinquante-huit ans, entrée le 31 Mars 1899, pour un ulcère variqueux de la jambe gauche. Elle présente des déformations unguéales beaucoup plus accentuées aux gros orteils qu'aux autres. L'ongle du gros orteil gauche est remplacé par une corne lisse et arrondie supérieurement, longue de six centimètres, rappelant l'aspect de la corne des bovidés. L'ongle du gros orteil à l'aspect d'une écaille d'huître. Les ongles des autres doigts présentent des épaississements coniques ou en crochet.

Deux cas de verge noire causés par l'antipyrine. — M. Fournier. Un malade se présente un jour de très bonne heure à notre domicile, fort éffrayé par la crainte qu'il avait d'une gangrène de la verge, d'autant plus qu'il était diabétique.

La verge était en battant de cloche, le fourreau et le prépuce étaient rosés; au voisinage du gland se voyait une série de taches non absolument noires, mais d'un gris ardoisé foncé.

Le malade nous conta qu'il avait pris de l'antipyrine la veille à midi; à 5 heures survinrent des picotements de la verge, le matin au réveil la verge était noire.

Trois autres taches existaient chez ce malade et permettaient le diagnostic: sous chaque malléole péronière, une tache érythémateuse large comme une pièce de un franc; une tache au niveau du pli de flexion de la première phalange sur le premier métacarpien de la main gauche.

Le second malade est la copie du premier, avec cette différence que jamais l'antipyrine, qu'il prenait d'ordinaire, n'avait causé d'éruption jusqu'à ce jour.

Nous retiendrons de ces faits que l'antipyrine peut déterminer une éruption érythémato-mélanique du prépuce avec ou sans gonflement. S'il y a gonflement, l'idée de balanoposthite peut venir à l'esprit.

(A suivre.)

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

11 Avril 1899.

Méningocèle. — M. Kirmisson montre un enfant âgé de huit mois atteint d'hydrocéphalie et présentant, au niveau du pariétal droit, une petite tumeur lobulée, molle, qui se tend quand l'enfant crie; à la palpation il est facile de constater qu'au niveau du pédicule de la tumeur se trouve un orifice à bords durs, de consistance osseuse. Cette tumeur s'est développée à la suite d'une chute que l'enfant fit trois mois auparavant. L'ensemble des symptômes et des caractères que présente la tumeur permet donc d'affirmer qu'il s'agit ici de méningocèle.

C'est le troisième cas de ce genre que M. Kirmisson a l'occasion d'observer. Dans un cas qui se rapporte à un enfant de sept mois, la tumeur s'était aussi développée à la suite d'un traumatisme. L'existence de ce facteur n'a pu être établie dans l'autre cas que M. Kirmisson a suivi pendant longtemps.

Il s'agissait d'une fille de treize mois, qui présentait une tumeur qui occupait presque toute la moitié droite du crâne. Les caractères de cette tumeur étaient identiques à ceux des deux malades précédents. Pour en diminuer le volume, M. Kirmisson eut recours aux ponctions. Il fit, en tout, trois ponctions, chacune à deux mois d'intervalle, et retira 250 grammes de liquide cérébro-

spinal à la première ponction, 200 grammes à la seconde, 180 grammes à la troisième.

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a notablement diminué de volume; mais, quelque temps après la troisième ponction, l'enfant contracta une rougeole et presenta plus tard des phénomènes méningitiques auxquels elle succomba rapidement.

À l'autopsie, on a pu confirmer le diagnostic de méningocèle et constater l'existence d'un orifice au niveau du pariétal. La partie prolabée du cerveau s'ouvrait dans le ventricule latéral.

La question du traitement de ces cas est assez compliquée. Les ponctions répétées échouent ordinairement et Nicoladoni est le seul qui ait obtenu la guérison par cette méthode. Krönlein et Slamar ont fait avec succès l'excision de la portion herniée du cerveau et obturé, par autoplastie, la perte de substance du crâne. M. Kirmisson se demande si cette opération est indiquée chez son petit malade qui, à côté de la méningocèle, présente encore de l'hydrocéphalie.

M. Lannelongue, qui a observé une douzaine de cas de ce genre, a, une fois, obtenu la guérison par la compression chez un enfant de sept ans. Pour ce qui est du malade de M. Kirmisson, il pense que l'excision est la seule chance de salut qui reste au malade.

Fièvre typhoïde à rechutes doubles. — M. Bouloche fait un rapport sur deux observations de fièvre typhoïde avec rechutes doubles communiquées dans la séance précédente par M. Ch. Leroux.

La première de ces observations n'est pas typique et fait plutôt penser à une febris carnis. La seconde est par contre tout à fait démonstrative.

L'enfant observé par M. Leroux a eu d'abord une fièvre typhoïde qui a duré vingt et un jours; après quatre jours d'apyrexie complète, la fièvre se rallume et les autres symptômes de l'infection typhique reparaissent et persistent pendant trente-cinq jours; suit une nouvelle période d'apyrexie d'une durée de huit jours, puis apparaît une seconde rechute qui dure vingt jours.

D'après M. Bouloche, les doubles rechutes de fièvre typhoïde seraient excessivement rares chez les enfants, puisque Henoch n'en parle même pas et que Barthelz n'en cite qu'un seul cas.

M. Comby estime qu'on exagère la rareté des rechutes chez les enfants. Sur 120 cas de fièvre typhoïde qu'il a observés, il a noté 35 rechutes; sur ces 35 cas il s'agissait 6 fois de rechutes doubles et une fois de rechute sextuple.

Dacryocystite chez les enfants du premier âge. — M. Maucclair fait un rapport sur le mémoire communiqué dans la séance précédente par M. Valude.

La dacryocystite des nouveau-nés est généralement attribuée à un retard dans l'évolution du canal nasal, dont l'orifice inférieur reste temporairement fermé après la naissance. Cette étiologie se retrouve dans l'énorme majorité des cas. Mais à côté de ces cas, il en existe d'autres où, comme chez l'adulte, il s'agit d'un rétrécissement muqueux dans le trajet du canal. M. Valude a justement observé deux cas de ce genre chez des nouveau-nés chez lesquels il a fallu un cathétérisme longtemps prolongé, deux mois chez l'un, un mois chez l'autre, pour amener la cessation des phénomènes de dacryocystite, et encore l'un des deux a-t-il conservé du larmoiement. Or, on sait que, dans la dacryocystite par imperforation temporaire, il suffit de désobstruer le passage pour obtenir une guérison très rapide.

M. Valude est donc d'avis de rejeter dans ces cas la méthode expectative adoptée encore aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs, et de désobstruer le canal au moyen du cathétérisme avec les sondes de Bowman, ce qui n'est pas une opération difficile et peut se faire sans chloroforme.

Radiographies des membres hypertrophiés. — MM. Variot et Chicottot montrent les radiographies: 1° d'un cas d'éléphantiasis congénital des membres supérieurs; 2° d'un cas de déformation des doigts et des orteils en baguettes de tambour chez un enfant atteint de cyanose congénitale. Bien que, dans les deux cas, l'hypertrophie et la déformation fussent considérables, la radiographie montra l'intégrité du squelette correspondant aux parties hypertrophiées.

R. ROUEN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

30 Mars 1899.

Physiologie pathologique de la cystinurie. — M. H. Mareigne a observé un cas très intéressant de cystinurie. Il est parvenu par de longues recherches à déterminer la physiologie pathologique de cette curieuse affection, grâce aux moyens d'investigation fournis par la chimie urinaire. La cystinurie est caractérisée par un ralentissement des échanges nutritifs; il y a prépondérance de la vie anaérobie des cellules sur les phénomènes d'oxydation.

Hystérectomie totale pour myomes utérins. — M. d'Hotman de Villiers lit un travail du professeur A. Döderlein (de Tubingue), portant sur 90 cas d'hystérectomie totale. Si la voie vaginale peut être employée, il faut lui donner la préférence. La combinaison de la voie vaginale avec la voie abdominale a fourni égale-

ment au professeur Döderlein de bons résultats. Enfin, la voie abdominale, parfois imposée par les circonstances, est aussi une bonne opération. Statistique: total, 90 cas. Voie vaginale, 33, tous guéris; laparotomie, 31, une mort; hystérectomie combinée abdominale et vaginale, 26, tous guéris. L'auteur discute la technique des diverses méthodes; il a adopté l'angioliège de Doyen.

M. Reynier constate avec plaisir que le professeur Döderlein ne craint pas la double voie à laquelle il a eu recours lui-même souvent depuis 1892.

M. Levassor a obtenu aussi des succès par la double voie.

M. Verchère estime que M. Döderlein se prive d'une bonne méthode en rejetant le morcellement; en détachant les corps fibreux par arrachement, on diminue le volume de la tumeur, on peut souvent terminer l'opération par la voie vaginale, en évitant l'ouverture secondaire de l'abdomen qui lui semble dangereuse.

A. DE CRÉSENTIGNES.

PRATIQUE MÉDICALE

Le massage du foie par la respiration profonde, comme moyen prophylactique des coliques hépatiques.

Sujet depuis sept ans à des accès de coliques hépatiques dont l'arrivée lui était annoncée par une sensation douloureuse dans la région du foie, M. Mobius a trouvé un moyen très simple qui lui permet de faire avorter la crise ou d'en diminuer l'intensité. Ce moyen consiste à faire une série de mouvements respiratoires très profonds.

On fait une inspiration aussi profonde que possible, et pour arriver au maximum d'intensité, on emploie au moins cinq secondes; on reste dans cette position quinze, vingt, voire même trente secondes, puis on fait très lentement un mouvement d'expiration, de façon que ce temps de la respiration dure à son tour dix à quinze secondes; et on recommence. Durant les inspirations profondes, le foie s'abaisse quelquefois de 5 centimètres; pendant l'expiration forcée, il remonte en suivant le diaphragme. Ce va-et-vient du foie constitue un véritable massage de l'organe.

Les mouvements respiratoires peuvent s'exécuter aussi bien debout que couché; le mieux, c'est de s'asseoir dans un fauteuil, le dos appuyé contre le dossier et les avant-bras posés sur les bras du meuble.

M. Mobius estime que l'absence des mouvements du foie prédispose régulièrement à la cholélithiase; ce serait pour cela que les femmes, dont la respiration est costale et qui ont les hypocondres comprimés par le corset, sont plus sujettes que les hommes à la lithiase biliaire.

Il va de soi que les individus prédisposés à la lithiase biliaire et dont le foie fonctionne d'une façon satisfaisante devraient s'habituer à respirer profondément, d'une manière constante, et à pratiquer de temps en temps le massage du foie par la respiration profonde et forcée.

Quant au massage du foie et de la vésicule biliaire à travers la paroi abdominale, tel qu'il est pratiqué par les spécialistes, M. Mobius le considère comme parfois dangereux et exigeant beaucoup de prudence de la part de l'opérateur.

LIVRES NOUVEAUX

G. Lyon. — *Traité élémentaire de clinique thérapeutique*, 1 vol. in-8° de 1331 pages. (Masson, éditeur, 3^e édit. Paris, 1899.)

J'ai déjà dit, quand a paru la 2^e édition de cet ouvrage, tout le bien que j'en pense. Le succès de ce traité de clinique thérapeutique prouve, mieux que tout éloge, que M. Lyon a accompli une œuvre utile et qu'il a rendu service aux praticiens. La nouvelle édition, que je viens de parcourir, m'a paru tout à fait recommandable. Elle est au courant des derniers progrès: les notions récemment acquises en sérothérapie et en opothérapie sont exposées avec une grande précision et seront consultées avec profit. Parmi les chapitres nouveaux, je signalerai ceux qui sont consacrés aux cardiopathies infantiles, aux sténoses du pylore, aux angiocholites infectieuses, aux péritonites aiguës etc. D'autres parties de l'ouvrage ont été refondues; l'histoire des infections gastro-intestinales infantiles est toute nouvelle et est présentée avec beaucoup de soin.

Ce qui fait l'intérêt du livre, c'est que, pour chaque question, l'auteur commence par un résumé de pathologie; les principales conditions étiologiques sont indi-

quées, les symptômes sont énumérés, de telle sorte qu'on peut se remémorer les détails oubliés et saisir plus facilement les indications thérapeutiques. Celles-ci sont exposées avec beaucoup de détails et dans un esprit essentiellement pratique.

Une table alphabétique ajoutée à la fin de l'ouvrage facilitera les recherches du lecteur. Avec ces nombreuses améliorations, le livre de M. Lyon est certainement destiné à un nouveau succès; il continuera à diriger le médecin et à lui fournir des indications précieuses qu'il trouverait difficilement ailleurs.

H. ROUEN.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Lecture des copies. — 12 Avril. — MM. Jayle, 23. — Delbet, 26. — Genouville, 24. — Cazin, 24.

14 Avril. — MM. Banzet, 21. — Michon, 25. — Auvray, 28. — Mignot, 21.

Prochaine séance, lundi 17 Avril, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante: MM. Guyot, Letalle, Potain, Brault, qui ont accepté; MM. Marie, d'Heilly, Marchand.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 Mai 1899, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aidés d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 13 Mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreren en fonctions le 1^{er} Octobre 1899; leur temps d'exercice expirera le 1^{er} Octobre 1903.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 Mai 1899, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 6 Mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreren en fonctions le 1^{er} Octobre 1899; leur temps d'exercice expirera le 1^{er} Octobre 1902.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur Alfred Fouquier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 21 Avril 1899, à 10 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours: Les mardis: leçons au lit des malades; les vendredis: leçons à l'amphithéâtre (10 heures); les jeudis, à 10 heures, conférences complémentaires par MM. les chefs de laboratoire, chefs de clinique et anciens internes du service.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 14^e semaine, 1,311 décès, chiffre sensiblement inférieur à celui de la semaine précédente (1,393), mais encore très supérieur à la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1,039).

L'excès des décès actuels sur la moyenne s'élève donc à 272. La grippe, sous toutes ses formes, est la cause principale de cette différence, qui est heureusement en voie d'atténuation.

L'excès des chiffres actuels sur les chiffres moyens (au total, pour les diverses maladies de l'appareil respiratoire, 156) représente des décès dus à la grippe.

En outre, 57 décès ont été attribués à la grippe proprement dite ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippale, bronchite grippale, etc.).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès (moyenne 6); la scarlatine 5 (moyenne 4). La coqueluche, assez fréquente depuis le début de l'année, n'a causé que 8 décès, chiffre identique à la moyenne. La diphtérie a causé également 8 décès (moyenne 13). La rougeole, toujours assez fréquente en cette saison, a causé 36 décès (moyenne 28). Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile, qui avait présenté la semaine dernière une augmentation brusque, a causé 42 décès pendant la 14^e semaine; ce chiffre est encore au-dessus de la moyenne des semaines d'avril (31).

Étranger.

— M. Ernest Friedrich, privat-docent à l'Université de Leipzig, est nommé professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Königsberg.

— Du 20 Mai au 18 Juin se tiendra à Berlin une exposition comprenant les instruments de la médecine moderne, et tout ce qui a trait aux soins à donner aux malades. Cette exposition, qui est placée sous les auspices du ministère de l'Instruction publique, aura un caractère scientifique des plus prononcés; des diplômes d'admission, des prix et des médailles de l'Etat seront décernés aux exposants.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MATHIEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



CHLOROSE, ANÉMIE, SCROFULOSE, SYPHILIS, etc.

Sirop et Dragées

à base de Protoiodure de Fer

DE

F. GILLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Pureté — Solubilité — Inaltérabilité du Sel de Fer.

DOSAGE : Dragées, 0gr.05 d'Iodure de Fer par Dragée. — Sirop, 0gr.10 par cuillerée à bouche.

MODE D'EMPLOI

Dragées : 2 à 8 par jour, au milieu ou à la fin des repas.

Sirop : 1 à 2 cuillerées, par jour, à la fin des repas.



ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, PARIS

DÉPÔT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de l'ÉTRANGER

TUBERCULOSES
AFFECTIIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÈRES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les Médecins et Praticiens qui l'ont expérimenté, ICHTHYOL a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique,

et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthylol est donc tout indiqué dans les Maladies cutanées, la Hémorrhagie, les Maladies des femmes, dans les Conjonctivites et les Affectiions rhumatismales, ainsi que dans la Tuberculose pulmonaire, etc.

S'adresser pour les MONOGRAPHIES ET LES ÉCHANTILLONS, à la Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques, 35, r. des Francs-Bourgeois, Paris

BROMURE SOUFFRON KBr

Uniquement par TITRE inaltérable

Neuroses — Cholère — Hystérie — Épilepsie
ni ACNÉ, ni ÉRYTHÈME, ni GASTRALGIE, ni CEPHALALGIE

Expérimenté avec grand succès dans les Hôpitaux. Ordonné par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, exactement titré et inaltérable. (Échantillons sur demande.)

FABRIQUE-VENTE en GROS : SOUFFRON, 21, rue Poncelet, Paris, et toutes pharmacies

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE et la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON 1^{re}

SOLUTION BOURGUIGNON

REMPLECE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRE pur

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARECHOUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

LA GLANDE THYROÏDE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES, par MM. H. ROGER et M. GARNIER (avec 4 figures en noir) 181

LES PHÉNOMÈNES DE RÉPARATION DANS LES CENTRES NERVEUX APRÈS LA SECTION DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES, par M. G. MARINESCO (avec 1 figure en noir) 184

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des pseudarthroses et de certaines fractures osseuses par la prothèse métallique interne, par M. J. POTARCA (avec 4 figures en noir) 187

ANALYSES

Chirurgie : Kyste dermoïde du tissu conjonctif du petit bassin, par M. L. LUKSCH 188

Rhinologie, otologie, laryngologie : Amygdalite linguale phlegmoneuse, par M. CROUZILLAC 188

Thérapeutique et matière médicale : La valeur thérapeutique du gargarisme, par M. SANGER 188

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : De l'action favorisante exercée par le panacréas sur la fermentation alcoolique, MM. LÉPINE et MARTZ 151

Académie de médecine : L'ossification par la dure-mère, M. CORNIL. — Les hyperostoses diffusives du crâne et de la face, M. LE DENTU, M. CORNIL. — Aptitude des variolés à la tuberculose, M. HERVIEUX 152

Société de biologie : Sur un nouveau liquide propre à la numération des globules sanguins, M. HAYEM. — Le foie acholurique, MM. A. GILBERT et J. CASTAGNE. — Du chimisme hépatique dans la cholestase, MM. A. GILBERT et J. CASTAGNE. — Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène, M. E. THIERCHLIN. — Du traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs, M. A. CHIPAULT. — Toxicité du thallium, M. RICHER. — Muscle ciliaire et astigmatisme, M. BROCA. — Tenia semi-circulaire chez le cobaye, M. ALREZAS 152

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par les injections d'huile d'olive bi-iodurée additionnée de gaiacol 153

LIVRES NOUVEAUX

L'audition et ses organes, par M. E. GELLÉ 153

Voir les Nouvelles à la dernière page.

DRAGÉES de FER COGNET
 Protocalate de Fer et Quassine cristallisée.
 LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

POUGUES TONI-DIGESTIVE

SAINTE-GALMIER BADOIT

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 25 Avril 1899, à 1 heure. — M. PLATRIER : De l'hystéro-traumatisme interne; MM. Potain, Lance-reaux, Teissier, Dupré. — M. MAUGET : Contribution à l'étude du pouls lent permanent; MM. Potain, Lance-reaux, Teissier, Dupré. — M. HERBER : Contribution à l'étude de la paralysie ourlienne; MM. Potain, Lance-reaux, Teissier, Dupré. — M. MASANÉ : Contribution à l'étude clinique des cyndromes; MM. Tillaux, Blum, Humbert, Méry. — M. ROSIN P. : Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents; MM. Tillaux, Blum, Humbert, Méry. — M. TUFFEYAN : Du rôle des chirurgiens dans les infections considérées au point de vue de la pathologie générale; MM. Tillaux, Blum, Humbert, Méry.

Jendredi 26 Avril 1899, à 1 heure. — M. LALANDE : Essai sur les symptômes et le diagnostic de la maladie de Bayle; MM. Brouardel, Raymond, Charrin, Achard. — M. VIGNES : Essai sur la folie consciente; MM. Raymond, Brouardel, Charrin, Achard. — M. LARON : Contribution à l'étude de quelques formes anormales d'éclampsie; MM. Gariel, Chantemesse, Ménétrier, Théroloix. — M. BEAUBARD (Pierre) : Les cancers primitifs multiples; MM. Chantemesse, Gariel, Ménétrier, Théroloix. — M. ROBERT : Actinomycose des canalicules lacrymaux; MM. Panas, Le Dentu, Richelot, Albarran. — M. PUYAUBERT : Contribution à l'étude de la pathogénie des fibromes de la paroi abdominale; MM. Le Dentu, Panas, Richelot, Albarran. — M. NICOLAS : Luxations traumatiques du testicule; MM. Le Dentu, Panas, Richelot, Albarran. — M. LECHAUX : Contribution à l'étude des sarcomes du maxillaire supérieur; étude clinique et traitement; MM. Le Dentu, Panas, Richelot, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 Avril 1899. — Dissection, Ecole pratique : MM. Tillaux, Sebileau, Mauchaire. — 1^{er} : MM. Reclus, Poirier, Retterer. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Blanchard, Walther, Launois. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Lancereaux, Gilles de la Tourette. — 3^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Broca (Aug.), Leguen. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Humbert, Lejars. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Gaucher, Méry.

Mardi 25 Avril 1899. — 1^{er} : MM. Quénu, Thiéry, Retterer. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Remy, Poirier, Langlois. — 3^e (1^{re} série) : MM. Proust, Gley, Vaquez. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Thoinot, Théroloix. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM.

Panas, Berger, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccoud, Charrin, Troisier. — 3^e définitif, Charité : MM. Dieulafoy, Richelot, Bonnaire.

Mercredi 26 Avril 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — Dissection, Ecole pratique : MM. Poirier, Retterer, Broca (Aug.). — 1^{er} : MM. Remy, Sebileau, Launois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, (1^{re} série), Pitié : MM. Delens, Walther, Mauchaire. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Pitié : MM. Reclus, Lejars, Leguen.

Jendredi 27 Avril 1899. — Dissection, Ecole pratique : MM. Cornil, Retterer, Thiéry. — 1^{er} Oral (Première partie) : MM. Berger, Blanchard, Quénu. — 1^{er} : MM. Guyon, Remy, Poirier. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Hutinel, Troisier, Roger. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Debove, Wurtz, Thoinot.

Vendredi 28 Avril 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1^{er} : MM. Lannelongue, Retterer, Sebileau. — 3^e, Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Terrier, Reclus, Leguen. — 5^e (Première partie), (2^e série), Necker : MM. Blum, Humbert, Delens. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Gaucher, Vidal.

Samedi 29 Avril 1899. — Dissection, Ecole pratique : MM. Le Dentu, Quénu, Faure. — 1^{er} : MM. Remy, Gley, Thiéry. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Raymond, Poirier, Langlois. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Joffroy, Hutinel, Marfan. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité, MM. Berger, Richelot, Albarran. — 5^e (Deuxième partie), (1^{re} série), Charité : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Roger. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Cornil, Ménétrier, Vaquez. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Bar, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

10 Avril 1899.

De l'action favorisante exercée par le panacréas sur la fermentation alcoolique. — MM. Lépine et Martz. Si, dans des ballons contenant 200 centimètres cubes de liquide minéral de Pasteur, peu sucré, et 1 gramme de levure de bière, on ajoute un même poids de panacréas bouilli (pour supprimer la trypsinase), l'un recueilli dans des conditions normales, l'autre après que le panacréas a été fractionné pendant un quart d'heure, on constate que la destruction du sucre et le dégagement d'acide carbonique sont plus considérables dans le ballon qui a reçu le fragment pris après l'excitation des nerfs pancréatiques. Ce fait s'accorde avec celui signalé précédemment par l'un des auteurs, et suivant lequel la glycolyse est beaucoup plus forte dans le sang d'un chien

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Roisiers, Paris et Pharmacies.

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrénale, Thyroïdienne **MONCOUR**

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

deux les nerfs pancréatiques ont été excités quelques heures auparavant.

La destruction du sucre est moindre dans les ballons où l'on n'a ajouté aucun fragment de pancréas. Il est donc évident que le pancréas normal, bouilli, comme toute matière albuminoïde, exerce une action favorable à la fermentation alcoolique, et le pancréas excité exerce une influence plus grande encore. Cette influence est exclusivement attribuable aux peptones, qui sont plus abondants dans le pancréas dont les nerfs ont été excités.

Le chauffage modéré à 40° ajoute encore à l'influence favorisante d'un pancréas préalablement excité.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 Avril 1899.

L'ossification par la dure-mère. — M. Cornil fait un rapport sur le travail de MM. Chipault et Berezowski établissant la réalité du rôle ossificateur de la dure-mère et les déductions qu'on en peut tirer pour la chirurgie crano-cérébrale. Ces auteurs ont montré, en effet, que lorsqu'on veut supprimer la compression cérébrale, il ne suffit pas d'enlever une rondelle d'os, car l'os se reproduit ainsi que la compression; il faut, de plus, enlever la dure-mère au niveau de la trépanation.

M. Berezowski a étudié et démontré par l'expérimentation, le rôle ossificateur de la dure-mère.

Pour cela, il a appliqué des couronnes de trépan de 6 millimètres de diamètre sur les os temporaux de divers chiens; ensuite, il incisait la dure-mère sur l'un de ces os, la laissant intacte au niveau de l'autre, après avoir enlevé le périoste avec soin. Les animaux étaient ensuite sacrifiés de cinq à six jours après l'opération.

L'auteur a constaté que l'ossification ne se fait pas dans les points où la dure-mère a été enlevée.

Là, au contraire, où la dure-mère est restée intacte, on trouve déjà au huitième jour un début d'ossification; si l'on examine la plaie, on voit des îlots de tissu osseux de nouvelle formation, moins transparents que le reste des tissus. Au vingt-cinquième jour, le tissu osseux nouveau couvre tout le fond de la plaie.

Histologiquement, on voit déjà au quatrième jour le commencement de l'ossification.

Si la dure-mère était intacte, elle se recouvre de caillots de fibrine, traversés par des cellules et des vaisseaux de nouvelle formation qui se développent dans les portions superficielles de la dure-mère. Celle-ci est épaissie même à une certaine distance de la trépanation.

Les mêmes processus se remarquent aussi dans les canaux veineux du diploë.

Au huitième jour, sur le fond et sur les bords de la plaie osseuse, on voit des îlots de tissu osseux nouveau. Les fragments d'os anciens sont résorbés par des cellules géantes énormes qui les entourent.

Les hyperostoses diffuses du crâne et de la face. — M. Le Dentu. Dans les cas typiques d'hyperostose diffuse du crâne et de la face, ces parties prennent des proportions extraordinaires.

C'est la forme osseuse pure, mais il est probable qu'elle n'a pas été osseuse dès le début. Chez certains malades, l'ossification succède rapidement à l'hypertrophie du tissu fibreux, mais cette première phase fibreuse a dû cependant précéder l'hyperostose.

Les lésions ne sont pas toujours symétriques. Il y a des cas d'hyperostose pure de la moitié de la face, frappant particulièrement le maxillaire supérieur. Mais il y a toujours en même temps des lésions diffuses qui frappent les petits os, le palatin, le sphénoïde. De plus, il y a des tumeurs malignes, des sarcomes qui sont symétriques: la symétrie n'est donc pas un caractère de ces hyperostoses.

Dans certains cas, l'hyperostose peut débiter par le crâne.

Je soigne, depuis quelques années, une jeune fille qui a une hypertrophie de l'écaïlle du temporal. Cette jeune fille a eu, dès les premières années de la vie, des convulsions; puis, à huit ans, on s'est aperçu qu'il y avait un côté de la face et du crâne plus volumineux que l'autre. Cette hypertrophie, d'abord molle, fibreuse, est aujourd'hui devenue dure, osseuse.

L'évolution est souvent lente; elle dure de longues années; j'en ai observé un cas datant de vingt ans. M. Baudron en a observé un cas qui a duré trente-deux ans.

Ces tumeurs ont une structure mixte. On voit des noyaux fibreux à côté de noyaux osseux, sur les coupes histologiques. La différenciation histologique d'avec les tumeurs fibreuses est très difficile. Il est même impossible de distinguer certains sarcomes de l'hyperostose diffuse autrement que par l'aspect macroscopique de ces tumeurs, qui sont souvent pédiculées.

L'acromégalie s'en distingue par les hypertrophies des extrémités qui accompagnent celle de la face.

Cette affection s'accompagne souvent de troubles cérébraux dus à la compression des centres nerveux par l'hypertrophie osseuse. Certains malades ont des convulsions, des crises d'épilepsie, d'autres ont du délire.

Le traitement médical et chirurgical est à peu près nul. Cependant on peut encore rendre des services aux

malades en réparant des cavités osseuses, des fosses nasales oblitérées, en réséquant des fragments d'os qui compriment les éléments nerveux, ou qui amènent une difformité hideuse de la face.

Peut-être même, le traitement chirurgical appliqué dès le début peut-il arrêter la marche de l'affection.

M. Cornil. J'ai vu au musée Dupuytren et dans d'autres musées des faits de ce genre absolument extraordinaires. Il y a des maxillaires qui sont tellement volumineux qu'ils projettent la face en avant; les cavités nasales et orbitaires n'existent plus dans ces cas. Les malades meurent souvent d'inanition par impossibilité de remuer les mâchoires.

Mais il y a un peu d'observations cliniques bien prises de cette affection.

L'observation de M. Le Dentu accompagnée d'un examen histologique du maxillaire inférieur est la première dans laquelle l'affection a été étudiée d'une façon complète.

Dans ces cas, il aurait une indication opératoire: ce serait de réséquer le périoste au niveau des points malades afin d'empêcher la production de nouvelles couches osseuses. Mais peut-être ce traitement serait-il insuffisant; il est possible, en effet, que la moelle osseuse puisse reproduire de nouveau tissu osseux.

Aptitude des variolés à la tuberculose. — M. Hervieux. Les antivaccinateurs considèrent la variole, comme un travail de la nature ayant pour but d'affranchir l'organisme de tous les principes morbides qu'il renferme, et la vaccine comme un mal auquel il faut attribuer les maladies les plus graves: croup, fièvre typhoïde, tuberculose, etc. D'autre part les recherches d'un certain nombre d'auteurs, tels que M. Landouzy, M. Revilliod (de Genève), M. Lop (de Marseille), M. Carrier et Grasset (de Montpellier), etc., établissent que sur un chiffre de 300 sujets antérieurement atteints de variole, il en existe à peine 3 pour 100 qui ne soient pas devenus tuberculeux. Ce qui ressort des faits cliniques observés jusqu'à ce jour, ce n'est pas que les sujets atteints par la variole soient fatalement voués à la tuberculose, c'est que la variole constitue une aptitude, une prédisposition à cette maladie. D'où la nécessité pour le variolé de fuir tout contact avec le tuberculeux, et d'éviter le séjour dans les villes et dans tous les lieux où sévit l'infection bacillaire. Pour la même raison, les pouvoirs publics devront prendre les mesures nécessaires pour combattre la variole partout où elle sévit, et affranchir de ce fléau non seulement la France, mais les colonies françaises.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

18 Avril 1899.

Sur un nouveau liquide propre à la numération des globules sanguins. — M. Hayem. J'ai indiqué, il y a déjà longtemps, dans le but de dénombrer les globules du sang et principalement les hématoblastes à si grande fragilité, des liquides variés. J'ai surtout préconisé le liquide amniotique iodé, ou l'urine diabétique, conservée à l'aide de l'eau oxygénée. Mais ces divers milieux n'ont pas une stabilité absolue. Actuellement, après avoir également délaissé comme fixateur le bichlorure de mercure, dont le grave défaut est de précipiter l'albumine et d'entraîner la formation d'agglomérats globulaires, je conseille le liquide suivant:

Eau distillée	200 grammes.
Chlorure de sodium	7 —
Sulfate de sodium	5 —
Solution iodo-iodurée	3 à 4 centimètres cubes.

Je formule ainsi cette dernière solution:

Eau distillée	500 grammes.
Iodure de potassium	25 —
Iode métallique en excès	Q. S.

Ictère acholurique. — MM. A. Gilbert et J. Castaigne. Nous rapportons l'observation d'un malade atteint de cirrhose hypertrophique alcoolique, et qui présentait de l'ictère hémaphérique avec présence dans le sérum de pigments biliaires anormaux non décelables dans l'urine. Ce cas doit être rapproché de plusieurs autres publiés par M. Hayem, dans lesquels les pigments biliaires contenus dans le sang n'étaient pas éliminés par l'urine. Cette forme spéciale d'imprégnation biliaire est certainement plus commune qu'on ne l'a supposé jusqu'à présent, ce dont on se rendra très bien compte en examinant le sérum et l'urine dans tous les cas d'ictère; elle peut survenir d'ailleurs dans le cours de tous les ictères, tant biliphériques qu'hémaphériques. Quant à sa pathogénie, il semble que l'acholurie soit en rapport avec un défaut de perméabilité rénale; aussi, en raison de tous ces caractères, il nous a semblé que l'ictère acholurique méritait un nom et une place spéciale dans le groupe des ictères.

Du chimisme hépatique dans la chlorose. — MM. A. Gilbert et J. Castaigne. Nous avons étudié d'une façon systématique le fonctionnement de la cellule hépatique chez six chlorotiques. Dans deux observations, le chimisme hépatique était tout à fait normal; chez

deux autres malades, au contraire, on a pu constater tous les signes urinaires de l'insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, hypo-azoturie, glycosurie alimentaire, élimination intermittente du bien de méthylène). Dans les deux autres cas, enfin, le chimisme hépatique n'a été que partiellement anormal: dans l'un des deux on a constaté seulement de l'urobilinurie persistante, dans l'autre de l'indicanurie. Il y a donc au moins deux de nos observations dans lesquelles les signes urinaires de l'insuffisance hépatique étaient au grand complet. On pouvait se demander dans ces cas, il est vrai, si l'insuffisance fonctionnelle du foie n'était pas due à des troubles gastro-intestinaux ayant retenti secondairement sur la cellule hépatique; mais l'étude du chimisme gastrique donna des résultats normaux. Il semble donc que, chez certaines chlorotiques, la cellule hépatique puisse devenir insuffisante, du fait, probablement, de l'irrigation sanguine déficiente. Cela ne veut pas dire que dans ces conditions, le foie soit le *primum movens*, la cause essentielle de la chlorose, mais il semble que, dans bien des cas, l'insuffisance de la cellule hépatique peut faire partie du tableau symptomatique de la chlorose et qu'il y a lieu d'en tenir compte dans l'étude clinique de cette maladie.

Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. — M. E. Thiercelin. À côté du bacterium coli commune, il existe dans l'intestin un microbe saprophyte pouvant dans certaines circonstances devenir virulent et dont le rôle pathogène est au moins aussi important que celui de la bactérie d'Escherich.

C'est un diplocoque difficilement isolable à l'état saprophyte, mais qui peut, à l'état pathogène, facilement être isolé et cultivé; ce diplocoque pousse sur tous les milieux de culture, même à la température ordinaire. Il est virulent pour les souris, moins virulent pour le lapin et n'est pas virulent pour le cobaye. Par ses caractères morphologiques et ses propriétés biologiques il se rapproche du méningocoque; l'auteur propose par analogie de lui donner le nom d'*enterocoque*. Il est l'agent pathogène de l'entérite muco-membraneuse aiguë de l'enfant et de l'entérite muco-membraneuse de l'adulte. Il joue aussi un rôle fort important dans la production de l'appendicite, dont il est le premier facteur.

Du traitement des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs. — M. A. Chipault. Les résultats remarquables que j'obtiens depuis cinq années dans le mal perforant, par l'élongation des nerfs plantaires, m'ont engagé à proposer une intervention analogue dans une catégorie d'ulcères encore plus fréquentes et rebelles, dans les ulcères variqueux.

— Ici comme là, l'intervention est basée sur la suractivité proliférante des tissus que détermine l'élongation nerveuse.

Le traitement des ulcères variqueux par cette intervention nouvelle, comporte deux temps.

Un premier temps d'élongation nerveuse, qui s'adresse au nerf sur le territoire duquel se trouve l'ulcère, ni trop loin de celui-ci, l'excès de distance pouvant annuler l'influence trophique, ni trop près, à cause des altérations et de l'infection des parties avoisinant l'ulcère. Les nerfs auxquels on s'adresse sont le saphène interne soit à l'anneau, soit à la partie supérieure de la jambe; le sciatique poplité, soit à la tête péronière, soit à sa bifurcation, l'élongation pouvant dans ce cas, se limiter au musculo-cutané; le saphène externe, à la partie postérieure du mollet. La plus fréquemment indiquée de ces élongations est, étant donné le siège habituel des ulcères variqueux, celle du musculo-cutané, associée ou non à celle du saphène interne.

On n'oubliera pas en élongant le nerf, et pour ne point le rompre, la friabilité toute particulière des nerfs du membre inférieur chez les variqueux.

Un deuxième temps de traitement direct de l'ulcère, qui se pratique de deux manières différentes: soit par un procédé de nécessité, seul applicable aux ulcères très grands ou entourés de lésions dermo-épidermiques étendues et qui consiste à le curetter à fond, pour transformer la plaie fétide et séleuse qu'il constitue, en une surface cruentée aussi saine que possible; soit par un procédé de choix, applicable aux ulcères moyens, et qui consiste, après désinfection, à les comprendre dans un long lambeau fusiforme de peau que l'on enlève, créant ainsi une perte de substance que l'on régène jusqu'à l'aponévrose, dont on hémostatise les bords à l'aide de nombreux catguts, et dont on rapproche au contact les lèvres verticales à l'aide de fils de soie cutanés transversaux. L'élasticité de la peau jambière est considérable, mais lente à se manifester; après cinq minutes d'attente, on est surpris d'avoir pu clore, sans exagérer la tension, une plaie pour laquelle cette occlusion semblait tout d'abord impossible. On réalise ainsi sous un seul pansement la réunion par première intention de l'ulcère.

Toxicité du thallium. — M. Richer. Le thallium est un corps peu connu, intermédiaire entre deux autres métaux, le lithium et le plomb.

L'expérimentation m'a montré, chez le chien, que le thallium, par ses effets toxiques aigus ou chroniques, se rapprochait davantage du plomb. Je tiens, en outre, à signaler ce fait intéressant, parmi les symptômes d'intoxication chronique: une opacité de la corne, qui s'est produite chez tous mes animaux en expérience.

Muscle ciliaire et astigmatisme. — M. Broca. Par l'étude du muscle ciliaire et de la zonule de Zinn, chez les astigmatés, j'ai pu me convaincre que les divers segments du muscle ciliaire sont susceptibles de fonctionner indépendamment les uns des autres.

Tœnia semi-circulaire chez le cobaye. — M. Alezais (de Marseille) envoie une note sur la structure et les rapports avec la circonvolution de l'hippocampe du tœnia semi-circularis chez le cobaye.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par les injections d'huile d'olive bi-iodurée additionnée de gaïacol.

On sait que la solution d'huile d'olive bi-iodurée, à quatre milligrammes par centimètre cube, suivant la formule du professeur Panas, est l'un des meilleurs moyens et les plus commodes de traiter les syphilis graves par les injections hypodermiques de sels solubles de mercure. Cette solution, entre autres avantages, a celui d'être moins douloureuse que les similaires. Il est cependant incontestable que, alors même que toutes les précautions recommandées ont été prises, certains malades éprouvent encore après l'injection une sensation pénible qui dure plus ou moins longtemps et leur fait quelquefois refuser ou accepter avec répugnance ce mode de traitement.

C'est pour faire disparaître cet unique et, d'ailleurs, léger inconvénient de l'huile d'olive bi-iodurée que M. Lagrange (de Bordeaux) préconise le mélange de gaïacol à l'huile d'olive. A ses syphilitiques, M. Lagrange injecte donc dans la fesse, tous les jours ou tous les deux jours, 2 grammes de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée 100 grammes.
Bi-iodure de mercure 50 centigr.
Gaïacol de synthèse (cristaux non colorés) 3 grammes.

Cette injection est absolument indolore, et tous les malades qui supportent mal le mercure par la voie stomacale ou qui, pour des raisons diverses, doivent renoncer aux frictions, ont, dans cette médication, une ressource dont ils apprécient bien vite l'efficacité et la commodité.

Il va de soi qu'en outre des précautions antiseptiques d'usage, il convient encore d'injecter très lentement le liquide dans la profondeur des tissus. L'aiguille de la seringue de Pravaz doit être enfoncée jusqu'à la garde, perpendiculairement à la peau, en plein muscle.

LIVRES NOUVEAUX

M. E. Gellé. — *L'audition et ses organes.* Bibliothèque scientifique internationale. 4 vol. in-8° de 326 pages (Paris, FELIX ALCAN, 1899.)

Il était bon qu'à la veille du Congrès international de 1900 l'otologie française affirmât sa vitalité par une œuvre de haute valeur. Nos comités, après avoir longtemps fait preuve de modestie excessive en s'appliquant surtout à traduire les Traités allemands, avaient, dans ces dernières années, pris quelque indépendance en nous donnant des œuvres personnelles; mais ces tentatives se bornaient à mettre au jour des manuels élémentaires; et les spécialistes étrangers étaient autorisés à mesurer le niveau de nos connaissances spéciales à ce terre à terre d'ouvrages qu'elles produisaient.

Le nouveau livre de M. Gellé va nous permettre de faire meilleure figure. L'étude magistrale de la physiologie de l'audition qu'il nous apporte est de tous points l'égal de ses œuvres antérieures du maître de l'otologie française.

Trois grands chapitres divisent l'ouvrage. C'est d'abord l'étude de l'excitant de l'ouïe, des vibrations sonores; de curieux graphiques phonographiques donnent à cette étude des sens une physionomie toute neuve. Plus loin sont analysés les organes auditifs, organes périphériques et centres acoustiques. La description raisonnée en est conduite en s'élevant de l'otocyste de l'anto jusqu'à l'organe humain si complexe. Un troisième chapitre traite de la sensation auditive : à signaler tout particulièrement « l'audition à l'école », que nos hygiénistes auront à méditer. L'influence dynamogénique des diverses excitations sur l'oreille est tout particulièrement étudiée et même à des considérations capitales relatives à l'éducation des sourds-muets.

D'ailleurs, un tel livre ne s'analyse pas : il demande à être lu en son entier, la tête très reposée. Habités à

la simplicité banale de la littérature otologique courante, nous avons certes un effort à faire pour assimiler une œuvre aussi transcendante.

M. LERMOYER.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 17 Avril. MM. Savariand, 26. — Mayet, 23. — Launay, 20. — Baudet, 21.
Prochaine séance, mercredi 17 Avril, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Le jury est provisoirement constitué par MM. Guyot, Marie, Richardière, Letulle, Potain, Brault, Routier.
M. Routier seul n'a pas encore accepté.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Le professeur DUPLAY reprendra ses cours le vendredi 21 Avril à 10 heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénerologie et de gynécologie. — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie de Saint-Lazare.

La deuxième série commencera le jeudi 4 Mai, à 10 h. 1/2 du matin et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ces cours sera fait : le mardi par M. L. Wickham : vénerologie; le jeudi par M. Julien : syphiligraphie; le samedi par M. Verchère : gynécologie. Il sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se feront inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare.

Une carte d'entrée leur sera remise.

Collège de France. — M. J. JOLLY commencera le jeudi 25 Mai, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Examen de médecin sanitaire maritime. — Les questions posées à l'épreuve écrite ont été : 1^{re} question : La Peste. Etiologie. Distribution géographique. Moyens de propagation. — 2^e question : Devoirs et attributions du médecin sanitaire maritime.

L'épreuve orale a eu lieu aujourd'hui mardi 18 Avril. Le jury est composé de MM. Proust, Netter, Thoinot.

Concours des prix de l'Internat (Pharmacie). — Le concours sera ouvert le lundi 12 Juin 1899, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce Concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de 11 heures à 3 heures, du lundi 15 Mai au samedi 27 du même mois inclusivement.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du 24 Avril 1899.* — 1^{er} Rapports de MM. Gillet et Verchère sur la candidature de M^{me} Tourougnon au titre de membre titulaire. — 2^o M. Berthod : Pathogénie et traitement de l'éclampsie. — 3^o M. Gautrelet : Les égols (nouveaux antiseptiques). — 5^o M. Groussin : Application du spéculum au lit de la malade.

Les agrégations de médecine. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'instituer une commission chargée d'étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine. Sont nommés membres de cette commission :

M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, président ;

MM. Bouchard, Brouardel, Pitres, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique;

Les professeurs de Facultés de médecine Vialleton, de Montpellier; Charpentier, de Nancy; Dubar, de Lille, Boudet, de Lyon; Charpy, de Toulouse.

Contre l'alcoolisme. — La Société médicale des hôpitaux vient de nommer une commission à l'effet d'étudier les progrès de l'alcoolisme en France.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Debove, Joffroy, Le Gendre, Jaquet, Courtois-Suffit, Triboulet, Marie, Beclère, Siredey.

La Ville et l'Université de Paris. — Le ministre de l'Instruction publique a fait signer un décret instituant une Commission mixte chargée d'étudier les questions relatives aux relations de la Ville et de l'Université de Paris.

Cette Commission comprend : le président du Conseil de l'Université, président; les doyens des Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres, le directeur de l'École supérieure de pharmacie et leurs assesseurs;

les neuf membres de la Commission municipale ci-dessus visée.

En cas de première nomination à une chaire créée à l'aide de fonds mis par la Ville à la disposition de l'Université, la Commission donne son avis sur les candidats. Dans ce cas, le second délégué de la Faculté ou l'École intéressée au Conseil de l'Université lui est adjoint.

Désinfection obligatoire des appartements. — Le Conseil d'hygiène de la Seine a discuté, au cours de sa dernière séance, un rapport de M. Le Roy des Barres sur « la nécessité de rendre obligatoire pour les propriétaires, après chaque déménagement, la désinfection des appartements vacants ».

M. Le Roy des Barres, tout en reconnaissant les avantages qu'aurait l'adoption de cette mesure générale, a cependant proposé au conseil de se borner provisoirement à émettre le vœu « que la désinfection soit obligatoire au moins dans tout local où est signalé un cas de l'une des maladies soumises à la déclaration ».

Ce vœu, qui, a déclaré le rapporteur, attirera certainement l'attention du législateur au moment où il va reprendre l'examen du projet de loi sur la santé publique, a été adopté à l'unanimité.

La peste. — Le dernier cas de peste à Madagascar a été constaté le 23 Février dernier. Du 24 Novembre jusqu'à cette date, il y a eu à enregistrer 296 cas, sur lesquels 197 décès. Ces derniers comprennent : 101 Malgaches, 39 Créoles, 56 Asiatiques et 1 Européen.

Bien que la quarantaine soit levée depuis le 2 Mars à Tamatave, certaines mesures de précautions ont été conservées pour les transactions entre cette ville et l'Intérieur.

En outre, on télégraphie de Constantinople, à la date du 12, que 29 cas de peste ont été signalés à la Mecque; à Hong-Kong, à la même date, sur 47 cas, il y a eu 43 décès.

Corps de santé militaire. — Sont promus au grade de médecin-major de 1^{re} classe : MM. Favier, médecin-major de 2^e classe au 147^e régiment d'infanterie; Fournot, médecin-major de 2^e classe au 23^e d'infanterie; Dupeyron, médecin-major de 2^e classe au 138^e d'infanterie; Renard, médecin-major de 2^e classe au 154^e d'infanterie; Bayvel, médecin-major de 2^e classe au 102^e d'infanterie; Leprêtre, médecin-major de 2^e classe au 71^e d'infanterie; Duponchel, médecin-major de 2^e classe au 36^e d'artillerie; Dufaud, médecin-major de 2^e classe.

Étranger.

— Le professeur von Esmarch, appelé à la chaire d'hygiène de l'Université de Göttingue, a accepté.

— M. A. Jurasz, professeur extraordinaire de laryngologie à l'Université d'Heidelberg, est appelé comme professeur titulaire à l'Université de Lemberg.

— M. Stanislas Badzinski est nommé professeur extraordinaire d'hygiène à l'Université de Lemberg.

— La chaire de chirurgie vacante à l'Université de Bâle par la mort du professeur Socin ne sera pourvue que dans le semestre d'hiver. Pendant le semestre d'été, c'est le professeur Courvoisier qui prendra la direction de la clinique chirurgicale, et c'est le professeur Burchard qui fera le cours de médecine opératoire.

— M. Alcirino est nommé privat-docent d'anthropologie criminelle, et M. Joseph Jitta privat-docent d'ophtalmologie à l'Université d'Amsterdam.

— M. Alexandre Rosner, privat-docent à l'Université de Cracovie, est nommé professeur d'obstétrique à l'École de sages-femmes de cette ville.

— On sait que le Corps médical prussien a entrepris une campagne en règle contre les guérisseurs et charlatans, une véritable plaie pour la profession. Le comité central des chambres médicales ayant fait appel aux pouvoirs publics, le ministre de l'Instruction publique a fait connaître que la justice paraissait suffisamment armée puisque, du 1^{er} janvier 1890 au 31 Décembre 1897, il a été prononcé par les divers tribunaux du royaume 177 condamnations pour exercice illégal de la médecine.

Voilà qui ne donnera guère satisfaction aux intéressés, qui ont d'ailleurs d'autres raisons encore de douter du bon vouloir du gouvernement. Depuis longtemps celui-ci promet une réforme complète du régime médical; or, ces belles promesses viennent d'aboutir au dépôt d'un projet de loi réglementant la situation des médecins de district et des médecins cantonaux. Le même comité central des chambres médicales, dans un ordre du jour qu'il vient d'adopter, déclare actuellement que c'est là une réforme dérisoire qui se borne, en somme, à améliorer la situation matérielle des médecins fonctionnaires de l'Etat, ce qui eût été facile de faire par la simple voie administrative. Le projet du gouvernement, estime le Comité, est sans valeur et inacceptable, et aura comme conséquence d'ajourner encore indéfiniment les réformes plus sérieuses demandées par le corps médical.

Le ministre de l'Instruction publique, M. Bosse, n'a d'ailleurs pas de chance avec les médecins. S'il est un projet qui semblait devoir être accepté sans discussion, c'est celui instituant les tribunaux d'honneur médicaux. Le ministre n'affirmait-il pas à la tribune que c'est pour répondre aux vœux des médecins, dans la proportion de 11 sur 12, qu'il proposait cette création? Or, voilà qu'un plébiscite s'organise qui semble démontrer que M. Bosse s'était quelque peu aventuré. Sur les 15.000 membres des chambres médicales de Prusse consultés, 4.000 réponses étaient parvenues le 7 Avril. 1.296 se prononcèrent catégoriquement contre le principe même de l'institution, 2.612 étaient favorables à la création des tribunaux d'honneur, mais 361 de ces derniers seulement acceptaient de varier le projet du gouvernement; les autres, se ralliant à l'opinion exprimée par Virchow à la Chambre prussienne, demandent des modifications au projet.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARSTRUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médicaments créosotés et phosphatés.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs ; Augmentation de l'Appétit ; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal ; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^o, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

Nouveau Remède
contre la
TUBERCULOSE

THIOCOL "Roche"
SULFO-GAÏACOLATE de POTASSIUM

Le THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOCOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le THIOCOL n'a pas d'odeur.
Le THIOCOL est soluble dans l'eau.
Le THIOCOL n'est pas toxique.

Envoi franco d'Echantillons et Notices.
HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
au principe actif du Fécin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

COQUELUCHE, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES, ASTHME, INSOMNIE

NARCÉINE PURE DE GIGON (BROMHYDRATE)
SIROP de GIGON dose à 2 centigr. par cuillerée à bouche. — GRANULES de GIGON dose à 0,205 milligrammes.
Dose : 2 à 5 cuillerées à bouche. Enfants 4 à 5 cuillerées à café. Dose : 4 à 10 granules par jour pour grandes personnes, 4 à 5 pour enfants.
La Narcéine, ainsi que l'ont démontré Claude Bernard, Déhier, Raboteau et autres célébrités médicales, possède des propriétés calmantes, analogues à celles de la morphine et de la codéine, de plus elle est mieux supportée, surtout chez les enfants et les personnes très impressionnables à l'action de l'opium, elle ne produit ni pesanteur de tête, ni nausées, ni malaises.
Pharmacie GIGON, (ex-devant 25, Rue Coquillière) 7, Rue Coq-Héron, PARIS.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÈPÔT de LA SOURCE
30 Millions de Bouteilles
PAR AN

SOURCE BADOIT
L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus légère à l'estomac.
Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate
de CHAUX
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)



CONTRA LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE
LA CHLORO-ANÉMIE
ET LES CACHEXIES
SIROP FRAISSE
ADMIS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

LA PHOSPHATURIE
LE DIABÈTE
PILULES FRAISSE
ADMIS DANS LES HÔPITAUX

HÉMOGLOBINE
ET
GLYCÉROPHOSPHATE
DE CHAUX
DÉPÔT
GRANDE PHARMACIE
83, Rue Mozart, PARIS
PRIX : 5 Francs

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MEDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

A PROPOS DE L'ORIGINE PARASITAIRE DU CANCER, par M. le professeur W. W. POWWY-SOTZKY (de Kiew) 189

LE VANADIUM ET SES COMPOSÉS ; APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par M. LABAN 190

L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES DÉRIVÉS DU VANADIUM, par MM. LYONNET, MARTZ et MARTIN. 191

ANALYSES

Chirurgie : Trois cas de kystes du pancréas traités par l'incision et le drainage à travers la paroi abdominale antérieure, par M. BELTON POLLARD 192

Ophthalmologie : Étiologie et pathogénie des cataractes polaires antérieures, par M. NUËL 192

Thérapeutique et matière médicale : Des propriétés hémostatiques de l'extrait de capsule surrénale, par M. E.-A. LERMITTE. 192

Neurologie et psychiatrie : Les lésions tabétoformes dans la paralysie générale, par M. ÉTIENNE RABAUT 192

Contre l'alcoolisme, par M. E. DE LAVARENNE. 154

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : De la craniotomie avec perte de substance permanente de l'os, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, M. TUFFIER. — Nouveau procédé pour la résection du nerf maxillaire supérieur, M. POIRIER, M. GUINARD. — Quelques cas d'appendicite aiguë avec intervention chirurgicale, M. WALTHER. — Sténose pylorique simulant un néoplasme dû à une cholécystite calculeuse ; gastro-entéro-anastomose, M. ROUTHIER. — Cholécystite calculeuse supprimée ; ouverture d'un abcès, puis ablation des calculs ; guérison, M. ROUTHIER. — Kyste dentifère du maxillaire supérieur, M. PAUL BERGER. — Résection du nerf maxillaire supérieur, M. POTERRAT, MM. POIRIER, POTERRAT. — Tuberculose testiculaire, M. ROUTHIER, MM. BERGER, POIRIER, MICHAUX, TUFFIER. — Ceinture pour hernie des tout jeunes enfants, M. FÉLIZET. — Gastrorrhagie et gastropexie combinées, M. HARTMANN. 155

Société médicale des hôpitaux : Du traitement des goîtres exophtalmiques, M. DEBOVE, M. BÉGLÈRE. — Alcool et ptisie, M. L. JACQUET, M. HAYEM 156

Société anatomique : Tumeur du testicule, M. MORESTIN, MM. CORNÉL, LETULLE, CORNÉL. — Sarcome de la région de l'aine, M. MORESTIN. — Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution, M. BOUSSIER. — Trois cas de cancer intestinal, MM. LARDENNOIS et AGUINET, M. CORNÉL. — Fracture du crâne, M. LE FUR. — Rate paludéenne, M. MILIAN 156

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie : Radiographie de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne, M. VARNIER. — Brides multiples reliant la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale à la suite d'hystéropexie, M. SEGOND, MM. BOULLY, SEGOND. — Critique de l'interprétation qu'on a donnée des observations relatant les mauvais résultats, au point de vue

obstétrical, des opérations pratiquées sur le col, M. BOULLY, MM. GRAMPETIER, SEGOND, PORAK, LEVAGE, PINARD 157

Société médico-chirurgicale : Eruption médicamenteuse, M. DE MOLÈNES. — Héritéité syphilitique à très long terme : sept enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle ; le dernier quoique d'un autre père non syphilitique est bien vingt et un ans après l'apparition de la syphilis, M. DE MOLÈNES, MM. GILLET, VERCHÈRE, DESNOS. — Antiseptisme des injections mercurielles, M. M. BLOCH, MM. BOULOMIÉ, BOURSIER, VERCHÈRE, BLOCH, DESNOS. 157

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques, MM. LEBREDDÉ et HAURY. — Sur un cas d'héredo-syphilis avec réinfection, MM. JULLIEN et CHUVIEN. — Nouvelles observations relatives à l'éosinophilie, MM. HALLOPEAU et LAFFITTE. — Condylomes acuminés massifs développés sur des syphildes végétantes ; danger des cauterisations chroniques, MM. HALLOPEAU et LÉBI. — Nature et traitement du zona, M. CH. ABADIE. 158

Société de médecine légale : Des mesures légales pouvant faciliter le traitement de la morphinomanie, M. LUTAUD, MM. MOTET, SOCCQUET, BOUCHEREAU. — De la mort subite par rupture spontanée de l'aorte, M. PERRIN DE LA TOUCHE. 158

XVII^e Congrès allemand de médecine interne (tenu à Carlsbad du 11 au 14 Avril 1899) 158

XXVIII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie (tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899). 159

PRATIQUE MÉDICALE

Le massage systématique de l'utérus pour favoriser l'involution utérine 160

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le Thiol 160

Répertoire thérapeutique 160

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

A céder, pour raisons de famille, dans chef-lieu de canton de la Somme, clientèle médicale : 10.000 francs touchés. Seule condition : vente ou location (1.000) de la maison. Ecrire au journal (n° 350).

Belle situation médicale offerte à docteur désirant voyager. Pour renseignements, s'adresser aux bureaux du journal (n° 352).

Hospice de Meaux (Seine-et-Marne) demande un interne en médecine, 800 francs par an, nourri, mais pas logé. S'adresser au secrétaire de l'hospice en joignant certificat de scolarité.

Étudiant serbe, demandé pour analyses. S'adresser Archives orientales, 34, rue de Maubeuge.

VER SOLITAIRE
 Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
 A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes traités de Fougère mâle des Vosges.
 Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

Commune de Levergies (Aisne) demande un médecin, 1.000 hab. On offrirait le logement. S'adresser au maire.

Commune de Clugnat (Creuse), poste médical à prendre. S'adresser à l'instituteur, M. Mignon.

CONTRE L'ALCOOLISME

La lutte contre l'alcoolisme semble devoir bientôt entrer dans une phase d'action réelle, et nul doute que, lorsque nous serons débarrassés de l'horrible cauchemar qui nous angoisse, un mouvement d'opinions ne se produise, qui imposera aux pouvoirs publics les mesures propres à enrayer le fléau qui conduit les Français à une décadence certaine.

Au cri d'alarme poussé lors du dernier Congrès anti-alcoolique, la presse a répondu, faiblement encore, tant sont graves les intérêts en jeu, mais elle a répondu ; et les plus considérables des journaux, parmi ceux qui dirigent de plus haut l'opinion publique, n'ont pas craint de dénoncer le péril.

Les hommes politiques eux-mêmes se sont émus, et, bien que leur situation soit des plus délicates, nombre d'entre eux n'ont pas caché qu'il fallait se rendre à l'évidence, que réellement la consommation des boissons alcooliques fermentées et distillées suivait en France une progression si rapide, qu'elle devenait inquiétante pour la morale et pour l'hygiène publiques.

C'est dans cette conviction intime de la réalité du danger que court notre pays, c'est pénétré du devoir élevé qui incombe au législateur que MM. Siegfried et Bérenger, bien connus pour leur philanthropie éclairée, ont déposé sur le bureau du Sénat un projet tendant à diminuer et à limiter le nombre des cabarets. Pour tâter l'opinion, ils déposaient ce projet à la veille des vacances parlementaires, à la veille de la réunion des conseils généraux, au moment où sénateurs et députés vont dans leurs départements et circonscriptions se mettre en contact avec leurs électeurs.

Eh bien ! il est bon de dire de suite que d'aucun conseil général, et ils sont nombreux ceux dans lesquels la question a été posée, une protestation quelconque ne s'est élevée. Bien plus, dans nombre de départements, des félicitations ont été votées aux promoteurs de la loi relative à la réglementation des débits de boissons ; dans plusieurs autres, des vœux ont été adressés au Parlement pour que ce

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
 Antiseptique de la peau et des muqueuses.

S^T-LÉGER TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
 (Angine de poitrine)

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit. Rétablit les forces. Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Ph^{ies}.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 32, 22 AVRIL 1899.

projet soit immédiatement mis à l'ordre du jour.

Je sais bien qu'il n'est pas possible de conclure de l'opinion des Conseils généraux à celle du Parlement : le conseiller général doit le plus souvent son élection à une situation acquise de longtemps dans son canton et qui lui donne une certaine indépendance, tandis que, malheureusement, la plupart du temps, c'est au cabaret, par l'intermédiaire des comités qui s'y réunissent, que se fait l'élection du député. Mais les manifestations qui viennent de se produire dans cette dernière session n'en ont pas moins une valeur significative.

Les départements du Nord-Ouest surtout ont énergiquement exprimé le vœu que, par tous les moyens possibles, l'alcoolisme soit enrayé. C'est que cette région est, de toute la France, celle qui est la plus atteinte par l'alcoolisme; elle est aussi celle où il y a le plus de cabarets.

On ne saurait trop faire remarquer ce parallélisme entre le nombre des cabarets et l'intensité de l'alcoolisme dans une même ville, dans une même région. Pourquoi certains esprits se refusent-ils encore à voir cette relation évidente de cause à effet? Lors de la réception du Congrès anti-alcoolique à l'Hôtel-de-Ville, des représentants de Paris n'ont pas craint de dire que la diminution du nombre des cabarets serait une mesure inutile, qu'elle n'enrayerait en rien l'alcoolisme et ne servirait qu'à enrichir les cabaretiers qui seraient maintenus!!

C'est là une erreur profonde, que seul peut commettre celui qui n'a pas étudié la question. S'il est certains individus qui naissent héréditairement voués à la passion de l'alcool, il en est d'autres, et c'est l'immense majorité, la presque totalité, qui ne seraient pas devenus alcooliques si l'occasion ne s'était pas présentée à eux; or, pour l'ivrogne, c'est le cabaret. Ce n'est pas chez lui, en famille, ou à l'atelier, que l'ouvrier devient alcoolique, c'est au cabaret où il commence à boire, où il s'enivre à absorber des quantités de plus en plus fortes d'alcool, stimulé par l'exemple des camarades, stimulé aussi par le « patron », poussé par un faux amour-propre.

C'est au cabaret que l'alcoolisme prend naissance, c'est là qu'il se développe, c'est de là qu'il se propage; c'est au cabaret que se recrute le personnel des prisons et des asiles d'aliénés.

Que nos législateurs se pénètrent bien de ces vérités, qu'ils embrassent le chemin parcouru depuis cette fatale loi de juillet 1880, qui donnait toute liberté à la profession de cabaretier, qu'ils jugent de l'écrasante responsabilité incombant devant l'histoire au gouvernement de la République qui a promulgué cette loi, et, faisant un retour sur eux-mêmes, ils n'hésiteront pas, suivant la voie que leur ouvrent MM. Siegfried et Bérenger, à sacrifier, au besoin, leurs intérêts électoraux au salut de la France.

E. DE LAVARENNE.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

12 Avril 1899 (fin).

De la craniotomie avec perte de substance permanente de l'os. — M. Lucas-Championnière. Pour répondre à la communication de M. Tuffier, je dirai que la question de la décompression cérébrale a été fort étudiée ici. Il était regrettable de voir à cette époque citer Bergmann qui avait fait 2 opérations, alors que j'en avais fait au moins 45. Il en est de même aujourd'hui pour Kocher, qui ne saurait avoir là-dessus une grande expérience. J'ai indiqué que la tension cérébrale était le phénomène capital, et c'est pour cela que la résection temporaire est illusoire. Le lambeau osseux remis en place fait perdre le bénéfice de l'opération contre le vertige ou la douleur, tandis qu'on peut arriver à une thérapeutique définitive.

Quant à la restitution de la matière osseuse dans les orifices de trépanation, elle est insignifiante. Dans les trépanations de 18 millimètres ou de 22 millimètres de diamètre, il se produit un fond très dur qui ressemble à de l'os, mais qui n'est que du tissu fibreux. Quand on pratique, comme je l'ai fait, des trépanations de 6, 7 et 8 centimètres de diamètre, on ne voit jamais de reproduction osseuse, et cependant, il se reproduit de l'hypertension intra-crânienne, contre laquelle il faut renouveler la trépanation.

J'ai fait remarquer que, chez les épileptiques, un des phénomènes de l'hypertension se traduit par la coloration bleuâtre des mains, qui deviennent roses le lende-

main d'une trépanation, mais qui redeviennent violettes cinq à six semaines après.

Il faut laisser certainement une porte ouverte dans ces fortes trépanations, et cependant il faut y revenir.

La dure-mère s'écarte toute seule; s'il y a tension intra-cérébrale, les lambeaux se rétractent, et si vous enlevez trop de dure-mère, vous êtes menacé de hernie cérébrale. Je ne vois pas l'utilité de border les bords osseux.

Je crois qu'il faut faire des trépanations larges, et si le vertige et les douleurs reparaissent, trépaner à nouveau. J'ai un certain nombre de malades qui, ainsi traités, sont définitivement guéris.

On a essayé de faire un lambeau temporaire ou de transplanter de l'os pour le reproduire; ce sont des procédés qui, à mon sens, n'ont pas d'intérêt, car dans 98 pour 100 des cas, c'est la décompression qu'il faut obtenir; je ne vois donc pas l'utilité de remettre le bouchon. Je ne vois pas non plus la nécessité de remplacer la paroi molle par une paroi dure; sur plus de 50 malades que j'ai opérés, j'en ai vu qui ont eu à nouveau des attaques d'épilepsie, je n'en ai pas vu un seul présenter des accidents du fait de sa cicatrice.

M. Tuffier. Il ne me paraît pas logique de laisser la dure-mère, si l'on veut avoir de la décompression: c'est le fait nouveau sur lequel j'insiste. En la suturant au péricrâne, on obtient du même coup l'hémostase de l'os et on crée une soupage de sûreté.

Nouveau procédé pour la résection du nerf maxillaire supérieur. — M. Poirier. Je présente un nouveau procédé de résection du nerf maxillaire supérieur dans lequel on ne résèque pas l'arc zygomatomaire. Voici comment je procède.

Après avoir repéré le bord supérieur de l'arc zygomatique et l'angle qu'il forme avec l'apophyse orbitaire externe, je fais une incision perpendiculaire à l'arc zygomatique, à un centimètre en arrière de cet angle, c'est-à-dire au niveau de l'articulation temporo-malaire et en regard de la fente ptérygo-maxillaire. Je donne à l'incision 4 centimètres de longueur, 3 centimètres au-dessus de l'arc, 1 sur l'arc même, et j'évite de couper l'artère temporale dans les cas rares où, en situation basse, elle affleurerait le bout supérieur de mon incision. L'aponévrose temporale reconnue est ensuite coupée jusqu'au bord supérieur de l'arc; là il est même bon de la désinsérer sur une longueur de 1 ou 2 millimètres, car l'instrument, rugine ou crochet, devra toujours rester en contact avec le bord supérieur de l'arc et perpendiculaire à sa direction.

Sous l'aponévrose on trouve, en couche plus ou moins épaisse, une graisse fluide que la sonde cannelée détache et rejette facilement vers la partie inférieure de la plaie. Alors apparaît le temporal, dont l'eventail tendineux remonte plus ou moins haut sur la face externe du muscle. Dans le même plan que la peau et l'aponévrose, j'incise ou écarte les fibres tendino-musculaires du temporal.

Ceci fait, on quitte le bistouri, que l'on ne reprendra plus, et l'on s'arme d'un stylet rigide, ou mieux d'une petite rugine. J'ai demandé à M. Collin une petite rugine gouge, large de 3 millimètres, épaisse de 2, non rectiligne, mais légèrement incurvée, c'est-à-dire suivant une courbe de très grand rayon, et *marquée d'un trait à 4 centimètres de sa pointe mousse*. Le dos de la rugine-gouge étant placé sur le bord supérieur de l'arc zygomatique qu'il ne quittera jamais, on enfonce l'instrument en lui frayant chemin peu à peu dans les fibres du temporal.

J'abaisse un peu le manche de la rugine afin que sa pointe gratte le plan sous-temporal en désinsérant quelques fibres du ptérygoïdien externe dans lequel elle chemine maintenant, et, à 35 ou 40 millimètres de profondeur, il heurte l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, c'est-à-dire la lèvres postérieure de la fente ptérygo-maxillaire, si j'ai eu soin de *maintenir mon instrument perpendiculaire à l'arc zygomatique*. Il faut bien reconnaître cette lèvres postérieure et la ruginer doucement sur une longueur de 1 ou 2 centimètres; au cours de cette manœuvre, on pénètre toujours et faiblement dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Nous y voilà par une voie sûre, exempte de tout danger. Constatons que le trait marqué sur la rugine, à 4 centimètres de sa pointe, répond juste ou à 2 millimètres près à l'arc zygomatique. L'acte est certainement plus long à décrire qu'à exécuter.

Avec la même rugine ou avec un stylet introduit par le même chemin, on pénètre dans la fente ptérygo-maxillaire, dont on reconnaît bien la lèvres postérieure et la voûte; au cours de cette manœuvre, je toucherais certainement le nerf maxillaire supérieur au moment où il s'engage dans cette fente. Pendant que l'instrument agit ainsi dans la fosse, il ne faut pas perdre de vue le nerf à son émergence sous-orbitaire. On recommence plusieurs fois la même manœuvre, abaissant ou accrochant avec le stylet le nerf qui s'enfonce alors dans le canal sous-orbitaire, et redressant le même nerf par une traction sur le fil qui l'enserme au niveau de son émergence: la manœuvre, plusieurs fois répétée, libère de plus en plus le nerf abaissé par le stylet et redressé par la traction sur le fil. Après avoir une dernière fois abaissé le nerf, qui s'enfonce et reste enfoncé dans le canal sous-orbitaire, je remplace la rugine par un crochet sur lequel le nerf fera facilement charge à la pré-

mière ou seconde tentative. Lorsque le nerf est accroché, il est bon de répéter encore le jeu d'entente entre le fil qui tire et le crochet qui retire. On peut sectionner le nerf par arrachement: mieux vaut, je crois, glisser le long du crochet une pince à mors fins et solides et l'arracher par torsion; lorsque le nerf est ainsi coupé ou arraché dans la fente, on l'extrait par traction sur le fil sous-orbitaire.

J'ai répété une vingtaine de fois ce procédé sur le cadavre; deux de mes élèves l'ont répété après moi, et si nous avons tâtonné quelquefois, jamais nous n'avons échoué.

M. Guinard. Le procédé de Lossen-Braun-Segond me paraît préférable à celui que nous préconise M. Poirier; parce qu'il permet mieux de vider la fosse ptérygo-maxillaire et de la curer. Ce curage de la fosse ptérygo-maxillaire, je crois qu'il le faut complet, et je crains que la petite boutonnière que fait M. Poirier ne soit pas suffisante à ce point de vue.

Quelques cas d'appendicite aiguë avec intervention chirurgicale. — M. Walthier fait un rapport sur 13 cas d'appendicite opérés par M. Loison avec les résultats suivants: appendicite avec péritonite localisée, 9 cas; 9 guérisons; appendicite avec péritonite généralisée, 3 cas; 1 guérison; appendicite à froid, 1 cas, 1 guérison.

Sténose pylorique simulant un néoplasme et due à une cholécystite calculeuse; gastro-entéro-anastomose. — M. Rottier présente une malade qui était atteinte d'une cholécystite calculeuse compliquée de fortes adhérences à la paroi, à l'intestin, au colon transverse et à l'estomac. L'aspect de la malade, qui avait maigri de 32 livres en huit mois, avait fait craindre un néoplasme. Les calculs enlevés, le pylore ne put être libéré, tant étaient solides et multiples les adhérences: la gastro-entérostomie fut pratiquée. Aujourd'hui, six semaines après l'opération, la malade est en excellent état de santé.

Cholécystite calculeuse supprimée; ouverture d'un abcès, puis ablation des calculs; guérison. — M. Rottier présente une malade qui a opérée d'une cholécystite calculeuse dans des circonstances toutes particulières et qui l'ont forcé à suturer la vésicule à la paroi, pratique qu'il n'admet qu'en cas de force majeure. Une fistule persiste.

Kyste dentifère du maxillaire supérieur. — M. Paul Berger présente une observation de kyste dentifère du maxillaire supérieur.

19 Avril 1899.

Résection du nerf maxillaire supérieur. — M. Potherat. En préconisant son nouveau procédé de résection du nerf maxillaire supérieur, M. Poirier a fait à l'opération classique de Lossen-Braun-Segond des critiques qui ne me paraissent pas absolument justifiées. Je n'ai, pour ma part, constaté ni l'étendue de la cicatrice, ni le défaut de coaptation des fragments osseux, ni la gêne de la mastication. En revanche, je trouve que la résection de l'os zygomatomaire ouvre une fenêtre sur la région opératoire, qui permet de bien voir les parois de la fosse ptérygo-maxillaire, et, parfois même, le nerf qui est dans la profondeur. Avec le procédé de M. Poirier, on ne voit pas, et je crois qu'il rend la prise du nerf plus difficile.

M. Poirier. J'ai songé, je le répète, à un procédé nouveau de résection du nerf maxillaire supérieur parce que j'estime que la section, même temporaire, de l'arc zygomatomaire ne saurait être considérée comme une opération sans inconvénient. J'ai vu un malade qui l'avait subie se trouver fort gêné dans sa mastication, ce que l'on conçoit aisément, étant données les attaches supérieures du masséter. En outre, l'incision que je préconise est petite, perdue dans les cheveux de la tempe, par conséquent peu appréciable; l'incision du procédé classique est, au contraire, grande, très visible, et peut être gênante. Enfin, malgré la largeur de la brèche, tous les chirurgiens s'accordent à dire que l'on ne voit rien; il est, d'ailleurs, matériellement impossible de voir le nerf au point où il faut le sectionner, soit à 5 millimètres du trou grand rond. Si l'on ajoute, en dernier lieu, que cette intervention, quelque peu mutilante, n'est suivie, dans l'immense majorité des cas, que d'un résultat temporaire, on comprendra encore mieux, s'il est possible, qu'il est utile de chercher à la pratiquer, tout en faisant un minimum de délabements.

M. Potherat. M. Poirier nous dit qu'on ne voit rien au fond de la loge ptérygo-maxillaire: je dis, au contraire, qu'on y voit.

Tuberculose testiculaire. — M. Rottier. Après avoir été longtemps partisan de l'ablation des testicules tuberculeux, j'ai tout à fait changé de manière de voir et de manière de faire et il me semble bon de faire valoir les raisons qui m'ont ainsi conduit à modifier ma pratique.

Élevé de Terrillon, imbu des idées régnantes à cette époque sur la tuberculose, j'ai longtemps considéré les noyaux tuberculeux, notamment ceux qui se localisent dans le testicule, ou, pour préciser davantage, dans l'épididyme, comme des foyers d'élaboration qui menaçaient constamment l'organisme d'une infection générale, et qu'il était par conséquent très rationnel de supprimer le plus vite possible.

Il semblait que, dans le testicule surtout, la localisation fût si parfaite que l'action chirurgicale devait porter là tout ses fruits; aussi, dès le début de ma pratique, n'ai-je pas hésité à enlever les testicules tuberculeux qui se sont offerts à mon observation.

L'opération ne m'a jamais donné d'accident immédiat, et pas un de mes malades n'est mort du fait de l'ablation de son testicule; je compte même des cas qu'on peut qualifier de guérison complète: les opérations remontent à huit et dix ans.

Malheureusement, on ne peut pas agir sur un testicule comme sur un organe quelconque; il faut tenir compte de l'effet moral.

Je dois dire que je n'opérais ainsi que des malades choisis, c'est-à-dire des sujets chez lesquels la tuberculose me semblait bien localisée dans un seul testicule.

J'aurais, dès cette époque, considéré comme une contre-indication la bilatéralité des lésions ou une tuberculose du cordon, de la vésicule ou de la prostate, sans parler de l'état général; je n'aurais pas opéré un phthisique.

Malgré toutes ces précautions, j'ai dû, chez deux malades, revenir à la charge et leur enlever le seul testicule qui leur restait, six mois après avoir enlevé l'autre.

Heureusement, il s'agissait de deux sujets âgés; l'un avait soixante-deux, l'autre soixante-sept ans. Ils ont fait assez philosophiquement abandon de leurs deux testicules; j'ai pu retrouver l'un d'eux; il a aujourd'hui soixante-douze ans et se porterait parfaitement s'il n'avait des névralgies assez bizarres dans son tibia droit.

Mais quand on en est réduit à pratiquer la castration double, c'est presque toujours une extrémité fort pénible que tous les malades sont loin d'accepter aussi facilement.

J'ai été fort impressionné, il y a cinq ans environ, par un fait que j'ai observé et qui n'a pas peu contribué à me faire changer ma pratique.

Il y a cinq ans, en Mai, un homme jeune, vint me consulter pour une tumeur du testicule qu'on avait pris pour un sarcome; je rectifiai le diagnostic et, au grand étonnement de son médecin, malgré les belles apparences de santé que présentait ce sujet, j'affirmai qu'il s'agissait de tuberculose du testicule avec un abcès de l'épididyme.

Le cordon, la prostate étaient indemnes, l'autre testicule parfaitement sain; je crus que c'était le cas ou jamais de supprimer ce foyer tuberculeux unique.

J'enlevai donc en Mai le testicule droit; l'anatomie pathologique confirma mon diagnostic; il y avait un gros abcès de l'épididyme dont le volume général était au moins quintuplé.

Tout alla bien, mais, au mois d'août de la même année, l'autre testicule se prenait; je faisais suivre un traitement médical, et, malgré lui, en octobre, il fallait ouvrir un gros abcès de l'épididyme du seul testicule qui restait.

Etant donné le moral de mon malade, je n'avais pas eu à songer un seul instant à amputer le testicule restant, car le sujet me déclarait que s'il en était réduit à cette extrémité, il se suiciderait.

J'ouvris donc cet abcès, je touchai les parois avec le thermocautère et le chlorure de zinc et mon malade me quitta presque guéri.

Depuis cette époque, quatre ans et demi se sont écoulés; il y a eu en localisant des alternatives de guérison absolue, puis reproduction de petits abcès, mais l'état général est resté bon, et les fonctions génitales ne laissent rien à désirer.

En serait-il de même si j'avais enlevé ce testicule? Je ne le crois pas, sans parler de l'état moral dans lequel j'aurais plongé ce malade.

Cette rechute si rapide succédant à l'ablation d'un testicule m'a rendu très perplexe, et, sauf chez les malades âgés pour lesquels la perte du testicule ne comptera pas, je suis devenu très conservateur, et les opérations économiques que je fais m'ont donné autant et plus de satisfaction que les opérations radicales que je pratiquais.

Depuis que je suis chirurgien de Necker, j'ai vu beaucoup plus de testicules tuberculeux; au point de vue du traitement, je suis arrivé à les classer en trois catégories suivant la période d'évolution du mal, sans tenir compte de l'état général ni de l'état des voies urinaires.

Dans une première catégorie, je range les malades qui n'ont que des nodosités épididymaires ou funiculaires.

Dans une seconde catégorie, les malades qui ont déjà un ou plusieurs abcès.

Dans une troisième catégorie, ceux qui ont une ou plusieurs fistules ou qui sont porteurs d'un fungus.

Pour les malades de la première catégorie, je proscriis tout traitement chirurgical; je me contente de leur faire porter un suspensoir ouaté et d'instituer un traitement général, hygiénique, avec bonne nourriture, vie au grand air, dans un climat sain, le tout aidé par l'huile de foie de morue et les suppositoires d'iodoforme.

Quand il existe des abcès, je les ouvre largement au thermo-cautère, je grille les parois, et, au cours de la guérison, je touche au chlorure de zinc les parois bourgeonnantes si elles me paraissent suspectes, jaunes ou couennues.

Même conduite ou à peu près dans les cas de fistule: je brûle le trajet.

Dans les rares cas de fungus, on peut être amené à

sacrifier l'organe. Je préfère abraser simplement la partie herniée et cautériser la surface de section.

En somme, je conserve le plus que je puis de la glande séminale, persuadé que le bien moral que je fais ainsi à mes malades l'emporte de beaucoup sur toute autre considération, étant donné surtout que l'ablation d'un testicule tuberculeux ne met à l'abri ni d'une récurrence dans celui qui reste ni d'une généralisation possible dans l'organisme.

M. Berger. J'ai eu à traiter deux cas plus favorables que M. Roulier, car je n'ai jamais observé de récurrences du côté opposé au côté opéré.

J'ajoute qu'il ne faut pratiquer la castration qu'après un examen très soigné et longtemps prolongé, car évidemment dans les formes rapides, on n'obtient guère de résultat. La différence des cas observés par les uns et les autres explique la différence des résultats et des conclusions thérapeutiques que nous en tirons.

M. Poirier. J'ai eu l'occasion de soigner un jeune homme qui avait des abcès épididymaires doubles avec induration de la prostate. Après ouverture des abcès et un traitement général, la guérison est survenue et la prostate a diminué progressivement de volume et de consistance pour redevenir normale.

M. Michaux. J'ai eu recours aux deux traitements en discussion. Tout d'abord, j'ai pratiqué la castration avec succès. Mais, depuis que j'ai vu une généralisation survenir chez deux de mes opérés, j'ai plutôt recouru à un traitement plus conservateur et consistant dans l'ouverture simple des foyers et l'injection de substances modificatrices, le naphthol camphré en particulier.

Contrairement à M. Berger, je serais disposé à réserver la castration, si j'y avais recours, aux cas aigus; car pour les tuberculoses chroniques, je préfère le traitement conservateur.

M. Tuffier. Toute la question ne paraît dominée par ce fait, que la tuberculose testiculaire offre des modalités cliniques tellement différentes qu'il est impossible de poser des règles générales de thérapeutique. C'est pourquoi il me semble difficile de donner, en cette matière, des indications précises soit de la castration, soit de l'ouverture simple des abcès épididymaires.

Gastrorraphie et gastropexie combinées. — M. Hartmann relate l'histoire d'une femme de trente et un ans, atteinte de dilatation et de dislocation verticale de l'estomac avec état cachectique. Après gastrorraphie, M. Hartmann a fixé l'estomac à la voûte diaphragmatique au niveau de la face profonde des côtes, à gauche, de manière à lui redonner sa direction normale. La guérison est survenue et la malade a rapidement augmenté de poids.

Ceinture pour hernie des tout jeunes enfants. — M. Felizet présente une nouvelle ceinture de contention des hernies des tout jeunes enfants.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

21 Avril 1899.

Du traitement des goitres exophtalmiques. —

M. Debève. Je viens vous parler d'une malade qui, âgée actuellement de trente-neuf ans, a eu, à l'âge de vingt-quatre ans, un goitre exophtalmique caractérisé par la saillie des globes oculaires, des palpitations et un tremblement généralisé. Elle a été guérie par des injections de teinture d'iode dans son goitre. Ces injections furent commencées trois mois après le début de l'affection. Ce traitement fut continué dix mois. A partir du troisième mois, le goitre commença à diminuer, le tremblement disparut, les battements du cœur devinrent de moins en moins fréquents; l'occlusion des paupières fut possible à partir du cinquième mois.

Somme toute, il s'agit d'un goitre exophtalmique guéri en dix mois par des injections iodées.

Mais il ne faudrait pas généraliser ce traitement à tous les goitres exophtalmiques, car ils sont essentiellement différents, suivant leur nature même.

La femme dont il s'agit ici a vu son goitre se développer rapidement après une émotion vive; il est probable que ce goitre était d'origine hystérique, et, par conséquent, justiciable d'un traitement qui pouvait frapper l'imagination de la malade.

Le point capital dans toute tentative thérapeutique est donc d'établir la cause du goitre exophtalmique, et toute tentative qui ne tiendra pas compte de cette cause est inutile ou imprudente.

Voici quelques variétés:

1^o Il y a des goitres simples qui se transforment en goitres exophtalmiques.

2^o Quelques goitres exophtalmiques sont développés sous l'influence de maladies du cœur.

3^o D'autres goitres exophtalmiques sont d'origine hystérique.

Il n'y a donc pas de traitement du goitre exophtalmique, mais des goitres exophtalmiques.

M. Bécérel. A propos des relations du syndrome de Basedow et de l'hystérie, je tiens à rappeler le cas que j'ai publié dans les *Bulletin de la Société*.

Une femme myxoedémateuse prit, par erreur, pendant plusieurs jours, 20 ou 30 grammes de glande thyroïde. Il en résulta un thyroïdisme aigu, accompagné de stigmates d'hystérie. J'en conclus donc qu'à la liste des poi-

sons capables de produire l'hystérie, on peut ajouter le suc thyroïdien.

Alcool et phthisie. — M. L. Jacquet. J'ai fait établir récemment, de manière soignée, les antécédents personnels des phthisiques de mon service, relativement à l'alcoolisme. J'en compte 17, parmi lesquels 16 ont subi une alcoolisation forte plusieurs années avant les premières atteintes de la tuberculose.

Tous ces malades buvaient de l'eau-de-vie ou du rhum et des apéritifs; tous prenaient en outre de l'absinthe, sauf un, adonné presque exclusivement à « l'Amer-Picon ».

Chez la plupart d'entre eux, la période ulcéreuse et cavitaire est venue vite, de un à deux ans, en moyenne. Cela est en désaccord avec l'affirmation de quelques auteurs sur la tendance fibroïde de la phthisie des alcooliques.

Cette statistique, je ne l'ignore pas, est pour ainsi dire, à l'état brut. Chez plusieurs de ces malades, d'autres éléments étaient en cause: l'alcoolisme ou la tuberculose des ascendants, par exemple. D'eux d'entre eux, issus d'alcooliques, portaient, dès l'enfance, des tuberculoses externes, lupus, tumeur blanche du genou.

En outre, l'alcoolisme est si répandu dans la population ouvrière, que la tuberculose doit forcément se concilier fréquemment avec lui.

Malgré toutes ces réserves, les chiffres que je cite sont impressionnants et de nature à faire considérer l'alcool, et surtout les apéritifs et l'absinthe, comme *baucilliphiles*, plus dangereusement encore qu'on ne le pense et surtout qu'on ne le dit. Et puisque la Société a mis à son ordre du jour l'étude de l'alcoolisme dans les hôpitaux, je serais heureux de voir mes collègues apporter à ce sujet le résultat de leurs observations.

M. Hayem. Etant donnée l'immense majorité des alcooliques que nous avons dans nos services, nous ne pouvons pas avoir de renseignements précis sur les rapports d'une maladie quelconque avec l'alcoolisme; nous pourrions trouver ces mêmes rapports entre l'alcoolisme et les maladies de l'estomac, l'alcoolisme et les maladies des reins, etc. Ce qui serait plus utile serait de faire la statistique de tous les alcooliques que nous avons au même moment dans nos hôpitaux; le chiffre colossal que nous trouverions aurait son éloquence.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 Avril 1899.

Tumeur du testicule. — M. Morestin présente une tumeur assez volumineuse développée exclusivement aux dépens du testicule, l'épididyme ne devant son apparente participation qu'à varicocèle concomitante.

Histologiquement, les préparations, dues à M. Milian, montrent une structure qui rappelle celle du lymphadénome.

M. Cornil fait remarquer qu'on ne voit pas, sur les coupes, de tubes séminifères; peut-être ont-ils été repoussés en un point localisé ou à la périphérie de la tumeur. Il faudra faire d'autres préparations.

M. Letulle, qui a examiné les premiers cas publiés de lymphadénome testiculaire, et, en particulier, les coupes de M. Malassez, dit que l'aspect est différent de celui qu'on observe dans le cas actuel.

M. Cornil rappelle qu'il sent et avait association du tissu réticulé et du tissu sarcomateux; il faut un examen microscopique très complet pour pouvoir affirmer le lymphadénome pur.

Sarcome de la région de l'aîne. — M. Morestin apporte une tumeur qui grossit rapidement dans la partie supéro-interne du triangle de Scarpa et envoyait un prolongement au-devant du cordon.

Excisée, elle est apparue sous-cutanée, sans rapports avec la gaine des vaisseaux cruraux.

Il s'agit d'un sarcome à foyers hémorragiques et avec quelques points myxomateux.

Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution.

M. Bufoir montre une pièce de grossesse extra-utérine que l'on pouvait penser appartenir à une grossesse de trois mois, d'après l'évolution clinique. Or, la laparotomie a montré, au milieu d'une hématoecle péri-utérine, que l'œuf contenu dans la trompe avait depuis quelque temps cessé de vivre, et qu'il comporte tout au plus un âge de trois à quatre semaines.

Trois cas de cancer intestinal. — MM. Lardenois et Aguinot présentent les pièces de trois malades atteints de cancer de l'intestin. Chez l'un, atteint d'un rétrécissement de la partie inférieure de l'S iliaque, on aurait pu appliquer le procédé d'anastomose entéro-rectale décrit récemment par l'un des auteurs. Malheureusement, les lésions étaient anciennes, on sentait des tumeurs secondaires au niveau du foie.

Le malade mourut de cachexie peu de temps après. La généralisation paraît rare et tardive dans le cancer du gros intestin. L'une des pièces présentées est un squirre bien limité; l'intestin est étranglé comme par un virole d'ivoire. Son calibre est rétréci au point qu'on pourrait à peine faire passer un cure-dents.

Ces cas de cancers de l'intestin limités et opérables sont assez fréquents. La thérapeutique chirurgicale est d'autant plus indiquée dans cette affection, que les

cancéreux, le plus souvent, meurent non de leur cancer mais des complications par obstruction ou par infection surajoutée.

M. Cornil fait remarquer que la difficulté du diagnostic est d'autant plus grande que la lésion est moins avancée, et pourtant c'est à cette période précoce qu'il s'agirait d'être fixé pour intervenir chirurgicalement dans de bonnes conditions.

Fracture du crâne. — **M. Le Fur** apporte le crâne d'un malade mort dans le coma, qui persista pendant les deux jours de son séjour à l'hôpital.

On constate une fracture de l'étage postérieur du crâne, se propageant à tout l'étage moyen et détachant la base de l'apophyse pétreuse.

Il a fallu un traumatisme très violent pour produire ces désordres. On note une hémorragie pie-mérienne à la surface de tout le cerveau.

Rate paludéenne. — **M. Milian** présente la rate d'un malade qui eut, en 1871, des fièvres intermittentes en Algérie, et plusieurs attaques en France à son retour. Il mourut de volvulus de l'S iliaque l'été dernier.

La rate est énorme, pèse 1.200 grammes, et offre, au microscope, des lésions de splérite interstitielle : bandes fibreuses très apparentes autour des vaisseaux, épaississement de tout le tissu conjonctif de la rate, hypertrophie de la capsule fibreuse.

Le foie est normal, non hypertrophié, non cirrhotique.

V. GAUFROY.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

31 Mars 1899.

Radiographie de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne. — **M. Varnier** expose d'abord l'histoire des diverses tentatives faites, depuis 1896, pour percer le mystère de l'œuf humain à l'aide des rayons de Röntgen. Müllerheim semble être entré le premier dans la voie expérimentale en radiographiant des fœtus morts dans des cadavres de femmes; mais ses résultats ultérieurs n'ont pas été publiés, bien qu'il annonçât qu'il était possible de faire, par ce procédé, le diagnostic des présentations et des positions du fœtus dans la cavité utérine.

Le problème vient d'être résolu par MM. Pinard, Varnier et Vaillant. La femme étant placée dans le décubitus dorsal, sur une plaque photographique, on obtient la silhouette de la tête située dans l'excavation. M. Varnier montre un certain nombre de radiographies de ce genre faites en un temps variant entre cinq et dix minutes.

Malheureusement, l'image fœtale n'est plus visible quand elle se superpose au squelette maternel, et les parties situées dans l'excavation sont les seules qui aient pu jusqu'ici être reproduites.

Brides multiples reliant la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale à la suite d'hystéropexie. — **M. Segond** présente la pièce d'une femme hystéropexiée il y a douze ans, et qui avait présenté récemment des phénomènes d'occlusion intestinale. La laparotomie montra que l'utérus était toujours fixé à la paroi abdominale, mais qu'il avait cependant acquis une certaine mobilité. Entre l'utérus et la paroi se trouvaient quatre faisceaux fibreux en dents de peigne, dans lesquels l'intestin s'était étranglé.

M. Bouilly rappelle que Jacobs (de Bruxelles), a présenté une observation analogue au Congrès de Bordeaux en 1895.

Il faut donc se souvenir que ces brides constituent un danger pour l'avenir. M. Bouilly se rappelle avoir été amené à faire une hystérectomie vaginale chez une religieuse qui avait été laparotomisée deux ans auparavant : l'opération fut très difficile; les tractions sur l'utérus amenaient seulement la formation d'un godet sur la paroi abdominale. Les adhérences utéro-abdominales s'étaient allongées sous forme d'un cordon gros comme le petit doigt; la section de cette corde avec des ciseaux permit d'achever l'opération.

M. Segond a vu deux faits semblables à celui de M. Bouilly, d'hystérectomies vaginales rendues difficiles par une hystéropexie antérieure. Le mouvement de bascule ne put être exécuté qu'après que l'ongle eut rompu une bride transversale qui, dans un cas, fut prise un instant pour le fond de la vessie.

Critique de l'interprétation qu'on a donnée des observations relatant les mauvais résultats, au point de vue obstétrical, des opérations pratiquées sur le col. — **M. Bouilly.** Il est certain que les tissus pathologiques ne jouissent pas des mêmes propriétés d'élasticité que les tissus sains.

Mais les lésions qui nécessitent ces opérations sont elles-mêmes une cause d'accidents obstétricaux : il en est ainsi des cols déchirés, durs, scléreux, ligneux, chez lesquels l'altération profonde qui caractérise cette affection s'étend souvent bien au-dessus de la zone opératoire; il peut y avoir une véritable métrite parenchymateuse corporelle par extension de la lésion de sclérose au-dessus de l'orifice interne.

Cette production exagérée de tissu fibreux et l'altération des parois vasculaires sont par elles mêmes une

cause de troubles gravidiques, d'accidents de ménopause et de lésions secondaires de l'ovaire.

M. Bouilly interprète d'une façon toute différente les observations qui ont été rapportées par M. Pinard.

Ayant pratiqué sans inconvénients un grand nombre d'opérations sur le col, il considère que ces interventions ont des indications très nettes : restauration des tissus altérés et ablation des tissus malades. La dystocie causée par le mauvais état cicatriciel du col est incontestable; aussi les indications opératoires doivent-elles être soigneusement examinées et l'exécution opératoire variable suivant les cas.

Il faut reconnaître aussi que la sclérose cervicale parenchymateuse, qui est le type de l'indication, et qui se caractérise par le col gros, suintant, douloureux, donne bien peu de chances de conception.

M. Champetier rapporte un cas de dystocie terrible à la suite d'un Schröder alors que la malade avait accouché sept fois à terme et spontanément. Le travail débuta à sept mois et demi.

La période de dilatation dura cinquante-trois heures : le col était dur, raide; la dilatation manuelle fut extrêmement difficile, mais on eut cependant un enfant vivant.

Deux ans après, cette même malade fit un avortement de deux à trois mois.

M. Segond. Si le Schröder bien fait et bien indiqué n'empêche pas de bons accouchements, il faut bien reconnaître que cette même opération a amené souvent des désastres obstétricaux.

Cela tient évidemment à la folie opératoire qui sévit dans les cliniques, où l'on fait de cette intervention un abus véritablement insensé.

M. Porak. Ce problème est difficile à résoudre, car les accoucheurs et les chirurgiens ne s'entendent pas. Il a vu un cas formidable : col rigide, non dilatable, ayant entraîné la mort de la femme alors que l'enfant n'était pas encore expulsé.

Dans un autre cas, le col ne s'est pas dilaté davantage, et, après deux jours de travail, la femme a une rupture utérine. Une laparotomie immédiate ayant été faite, la femme fut sauvée.

M. Lepage déclare d'abord que les accoucheurs devraient prendre l'habitude de suturer le col de la même façon qu'ils suturent le périnée. L'opérateur a observé un cas très grave dans lequel le col de l'utérus semblait avoir été enlevé en totalité.

Il rappelle une observation d'Audebert dans laquelle le travail dura cinq jours et qui se termina par plusieurs basiotripsies très laborieuses, à travers un col incomplètement dilaté; on regretta même de ne pas avoir pratiqué d'emblée un Porro.

M. Lepage cite une autre observation dans laquelle deux crins de Florence furent abandonnés au niveau du col, ce qui est certainement une mauvaise pratique.

D'autres faits amènent à conclure que le tissu cicatriciel est dû souvent à ce que la réunion par première intention a échoué et à ce qu'il y a eu suppuration.

Il faut bien dire aussi que, dans bien des cas, l'opération est trop radicale : certains opérateurs enlèvent le col presque en totalité; or, cet organe est nécessaire à l'accouchement.

M. Pinard n'a pas prétendu se faire l'interprète des reproches adressés à la chirurgie par l'obstétrique.

Il a seulement voulu arrêter des abus, de façon que la chirurgie ne soit pas compromise.

La dystocie consecutive aux interventions sur le col est incontestable, mais elle est encore mal déterminée : il faut donc la préciser.

D'une manière générale, on peut dire que, à la suite de ces opérations, la période de dilatation est démesurément allongée.

D'ailleurs, il faut encore réserver les conclusions de cette question.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

10 Avril 1899.

Eruption médicamenteuse. — **M. de Molènes** signale un fait d'herpès lingual, provoqué par l'administration d'un gramme de phénacétine. Ce sujet avait présenté, à la suite de l'absorption d'antipyrine, de l'herpès génital.

Hérédité syphilitique à très long terme; sept enfants atteints de syphilis héréditaire du système nerveux mortelle; le dernier, quoique d'un autre père non syphilitique, eut lieu vingt et un ans après l'apparition de la syphilis. — **M. de Molènes.**

M^{me} X..., quarante-quatre ans, vue pour la première fois en Juin 1894 pour eczéma très tenace et ancien des mains, des poignets et des pieds. A un fils de vingt-deux ans bien portant. Six grossesses successives. Un an et demi après la naissance de son fils, et étant enceinte, elle présenta, ainsi que son mari, des boutons sur la figure, le corps, dans le cuir chevelu, perdit ses cheveux, eut mal à la gorge. Le mari et la femme suivirent le traitement anti-syphilitique. La grossesse suivit son cours. Accouchement d'une fille bien portante jusqu'à l'âge de dix-huit mois; puis convulsions, coma, et mort après trois semaines d'une maladie diagnostiquée méningite.

Cinq autres grossesses se reproduisirent et dans des circonstances toujours identiques. Les enfants venaient à terme, la mère les nourrissait; ils ne montraient jusqu'à dix-huit ou vingt mois aucun symptôme ayant attiré l'attention, sauf un peu de gourme. Ils mouraient avec les symptômes de méningite.

Le mari meurt, il y a sept ans, d'une tumeur de la langue (leucoplasie, dégénérescence épithéliale chez un ancien syphilitique).

Remariée, il y a six mois, avec un veuf avec deux filles de seize et dix-neuf ans, très saine. Elle présente une poussée eczémateuse aux mains, aux poignets et aux pieds, prise à un premier examen pour de l'eczéma diffus, mais ayant les caractères des lésions décrites sous le nom définitif de psoriasis syphilitique palmaire. A la nuque, syphilide pigmentaire. Le diagnostic de syphilis ignorée, basée sur les caractères objectifs actuels et surtout sur les commémoratifs si intéressants, fut porté. Pendant un an, traitement hydrargyrique et ioduré, faisant disparaître les manifestations cutanées.

En Janvier 1896, à quarante-cinq ans et demi, la malade revient enceinte de six mois. Rien d'anormal. Injections sous-cutanées d'huile grise. En Avril 1896, accouchement à terme d'une fille bien constituée, sans stigmate de syphilis héréditaire ni malformation. Nourrie par sa mère. Au dix-huitième mois, convulsions, vomissements et mort après dix jours de maladie, diagnostiquée méningite par le médecin appelé.

Nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur l'origine de cette véritable hécatombe! On pourra objecter que le diagnostic dut rester hésitant pour le médecin qui n'a pas observé les symptômes nerveux qui ont entraîné la mort de tous ces enfants. Mais, comme l'a fort bien dit M. le professeur Fournier, « la syphilis héréditaire ou acquise n'a pas et ne saurait avoir de symptômes propres; une seule considération servira d'élément de diagnostic, c'est la notion des antécédents syphilitiques héréditaires ».

Mais n'avons-nous pas longuement développé les manifestations syphilitiques présentées par la mère et son premier mari? Existe-t-il une hérédité pathologique capable d'être aussi cruelle que cette héredo-syphilis, qui poursuit la progéniture d'une malheureuse femme plus de vingt et un ans après qu'elle a été contaminée par son mari, alors même que s'étant traitée et ayant un autre mari sain, elle pouvait être débarrassée de cette tare fatale!

M. Gillet. Il y a bien des méningites tuberculeuses diagnostiquées telles par les symptômes cliniques sans autopsie et qui peuvent provenir de l'hérédité. S'il y a en même temps une hérédité syphilitique, il est difficile de faire le départ entre ce qui revient à l'une ou à l'autre de ces maladies. Dans l'observation de M. de Molènes, il y a tant de détails plaidant en faveur de la syphilis qu'il est difficile d'admettre une autre origine. J'ai observé un malade de soixante ans qui avait eu la syphilis à dix-neuf ans, qui, après traitement, s'était marié, avait eu des enfants sains, qui n'avait eu lui-même aucun accident depuis sa première atteinte, et qui présentait à soixante ans des gommes.

M. Verchère. Ces trêves de la syphilis peuvent s'observer après un traitement scrupuleux, bien dirigé. La syphilis affecte parfois des allures impossibles à prévoir; quels que soient les accidents primaires ou secondaires, on ne saurait en déduire ce que seront les accidents tertiaires.

M. Desnos a connu un jeune homme qui, près de se marier, contracta une érosion insignifiante qui ne fut pas reconnue syphilitique par les médecins les plus autorisés. Le mariage eut lieu, des enfants naquirent absolument sains, et néanmoins, plusieurs années après, se manifestèrent des accidents de syphilis osseuse.

Antiseptisme des injections mercurielles. —

M. M. Bloch. Savonnage et stérilisation de la peau, scarification de la peau à quelques centimètres au-dessus de la région à injection, prise d'un peu de sang dans un récipient, enfoncement de l'aiguille de Pravaz, injection de quelques gouttes de sang, puis du médicament, puis enfin d'une nouvelle quantité de sang. Tel est ce procédé, destiné à s'opposer à l'altération des tissus en constituant une barrière entre eux et le calomel, la fibrine se résorbant lentement. L'auteur a pu introduire ainsi 50 centigrammes de calomel dans 10 grammes de vaseline en trois piqûres, en quatorze jours.

M. Bouloumié. Par ce procédé, on produit une sorte d'encapsulation du médicament dans la fibrine. Il croit que l'emploi de hautes doses toxiques n'est pas autorisé.

M. Boursier. L'auteur multiplie les chances d'infection, en faisant trois injections au lieu d'une, habituellement employée.

M. Verchère. Si le sang injecté est aseptique, il doit se résorber immédiatement sans former de coagulum. S'il se coagule, c'est qu'il est septique. En obtenant ce coagulum on augmente les chances d'infection. Quant à ce qui est de la forte dose de calomel, les craintes à cet égard ne doivent pas être exagérées, le calomel étant lent à se résorber.

M. M. Bloch. Dans les cas urgents, il faut aller vite et forcer la dose. La fibrine étant lente à se résorber, les accidents sont moins à craindre.

M. Desnos. Les injections pratiquées avec l'antiseptisme ordinaire déterminent très rarement des accidents.

DEPERANTS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

13 Avril 1899 (fin).

Tuberculides angiomateux et hypertrophiques. — MM. Leredde et Haury. Ce malade est âgé de quinze ans; il a présenté, il y a deux mois, une bronchite avec expectoration en même temps qu'une adénoopathie inguinale qui a abouti à la suppuration sans réaction inflammatoire. La plupart des ganglions sont hypertrophiés. Le sommet droit est très mat; on n'a pas trouvé de bacilles dans l'expectoration. Au moment de la poussée pulmonaire et ganglionnaire sont apparues, sur les avant-bras, le scrotum, la partie inférieure des jambes et la plante des pieds, des taches groupées en petits foyers violacés ou rouge foncé. Quelquefois à leur niveau la peau présente une certaine résistance: ce sont des angiokératomes. L'examen histologique confirme ce diagnostic.

On constate à la face postérieure des coudes, sur les poignets et le dos des mains, des saillies rouges, allongées, couvertes de squames minces, tendant à guérir en laissant une cicatrice blanche. L'histologie ne décelé pas de follicules tuberculeux, mais des vaisseaux altérés et les lésions des tuberculides. Ce type de tuberculides hypertrophiques n'a pas encore été décrit.

La coexistence entre l'apparition des lésions cutanées et une poussée tuberculeuse est fréquente dans les tuberculides. Le fait actuel en est un nouvel exemple. Il vient à l'appui de la théorie, soutenue par MM. Leredde et Milian, de l'origine tuberculeuse de l'angiokératome de Mibelli.

Sur un cas d'hérédosyphilis avec réinfection. — MM. Julien et Chuvien. La précision des anamnestiques rend ce fait particulièrement intéressant. Un homme se marie six mois après avoir contracté la syphilis, devient père et meurt peu après de fièvre typhoïde. La mère reste en parfaite santé.

L'enfant, que nous examinons à l'âge de vingt-deux ans, est un *minus habens* au point intellectuel et physique. Sa peau est dyschromique, couverte de cicatrices et comme atrophie.

Absence congénitale des ongles, qui sont remplacés aux doigts et aux orteils par une petite gouttière déprimée, d'apparence fibreuse, rayée longitudinalement, maux d'yeux, larmoiement, glossite superficielle avec fissures saignantes; enfin, hémophilie grave ayant plusieurs fois entraîné la mort par épistaxis.

En Octobre, ce jeune homme est contagionné par une syphilitique, un chancre induré paraît au commencement de Novembre et les accidents secondaires se déclarent dans les premiers jours de Janvier.

Au tableau si chargé des dystrophies héréditaires, ce fait nous semble apporter un trait nouveau, celui de l'absence congénitale des ongles, véritable caractéristique du type ci-dessus décrit, au même titre que la malformation vasculaire d'où dérivait l'hémophilie.

Nouvelles observations relatives à l'éosinophilie. — MM. Hallopeau et Laffitte. L'éosinophilie a été décrite dans un cas de pemphigus ainsi que dans un cas de dermatose bulleuse congénitale hémorragique. Ce fait démontre l'inexactitude de la théorie de Klein, d'après laquelle les éléments éosinophiles ne seraient autres que des fragments de globules rouges.

Condylomes acuminés massifs développés sur des siphilides végétantes; danger des cautérisations chroniques. — MM. Hallopeau et Léri. Nous attirons l'attention sur le danger de ces cautérisations. Nous avons vu, dans un cas, la mort en être la conséquence en vingt-quatre heures.

Nature et traitement du zona. — M. Ch. Abadie. Jusqu'à ces derniers temps, le zona a été considéré comme dû à un trouble trophique provoqué par des altérations des nerfs sensitifs. Cette interprétation était généralement acceptée, lorsque M. Brissaud, ayant fait la remarque que le territoire cutané envahi par les vésicules ne correspondait pas toujours à la distribution topographique des rameaux sensitifs qui s'y épanouissent, émit l'hypothèse que le zona est un trouble trophique d'origine médullaire. Considérant, d'après les données embryologiques, la moelle comme composée d'une série de segments superposés et relativement indépendants (métamères), il s'est efforcé de prouver que, dans le zona, l'éruption cutanée ne suivait pas les trajets des filets nerveux sensitifs, mais qu'elle apparaissait dans le territoire de la région innervée par un métamère médullaire. Or, ce territoire d'innervation est, parfois, tout à fait différent de celui qui correspond simplement au trajet et à l'épanouissement des filets nerveux sensitifs.

Pour moi, le zona, contrairement à l'opinion émise jusqu'ici, ne relèverait ni d'une altération des nerfs sensitifs périphériques, ni d'une lésion médullaire, mais serait exclusivement provoqué par un état pathologique des artérioles et des nerfs vaso-moteurs qui en régissent la dilatation dans la région où siège l'éruption.

Je m'occuperai d'abord du zona ophtalmique; c'est celui que je connais le mieux, ayant souvent l'occasion de l'observer. Sa dénomination même de zona ophtalmique indique qu'il évolue exclusivement sur le territoire de la branche nerveuse ophtalmique de Willis. En effet, l'éruption s'étend verticalement sur le front, près

de la ligne médiane, en apparence le long des rameaux frontal et sus-orbitaire; quelquefois il envahit la région du même côté et l'œil lui-même, et des vésicules suivies d'ulcérations de la cornée, parfois fort graves et fort difficiles à guérir, ne sont pas choses rares.

Or, si le zona ophtalmique est dû, comme on l'a cru et dit jusqu'ici, à une simple inflammation du nerf trijumeau, comment expliquer cette localisation? Comment admettre qu'un tronc nerveux étant enflammé, une seule des branches entrant dans sa constitution, et toujours la même, soit seule atteinte? Comment comprendre que les deux autres branches qui émergent au niveau du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur ne soient jamais intéressées et qu'il n'y ait jamais d'éruption dans le territoire qu'elles desservent?

Pour interpréter ce fait, rappelons tout d'abord que, dans l'intérieur du crâne, au gros tronc du trijumeau se trouvent accolés des filets nerveux du grand sympathique provenant du plexus carotidien émané lui-même du ganglion cervical supérieur. Ces filets vont se répandre dans les parois des diverses artères émanées de l'artère ophtalmique et par conséquent dans ses branches terminales qui sont la sus-orbitaire, la frontale, la nasale. Or, si un processus morbide inflammatoire frappe le tronc nerveux ou le ganglion de Glasser dans l'intérieur du crâne, il frappera nécessairement les filets du sympathique qui l'accompagnent, tout en conservant leur individualité propre, bien différente de celle du nerf auquel ils sont simplement accolés.

Le processus qui frappe les éléments purement sensitifs détermine les troubles d'hyperesthésie et d'anesthésie, tandis que l'irritation inflammatoire des filets vaso-dilatateurs du grand sympathique étant mise en jeu, les artérioles dont elle règle le calibre subiront une dilatation continue, excessive, pouvant entraîner à sa suite la rupture des capillaires qui leur font suite.

Dès lors, tout s'explique: et le siège de l'éruption, qui n'est pas tout à fait celui des filets nerveux, mais bien des artérioles qui les accompagnent; et les troubles trophiques, qui consistent, pour le zona ophtalmique, non seulement dans l'apparition de vésicules, mais aussi dans le gonflement de la peau poussé quelquefois au point d'en imposer pour un érysipèle de la face; enfin, et surtout, ce point capital, que l'éruption ne se montre que dans le territoire de la branche ophtalmique de Willis, ou, pour mieux dire, dans celui de l'artère ophtalmique qui est à peu près le même.

Et pourquoi n'observe-t-on rien dans la région du maxillaire supérieur et inférieur? Parce que les nerfs vaso-dilatateurs des artères de cette région n'ont plus la même origine que ceux de l'artère ophtalmique. Ils proviennent, en effet, d'une autre source, ils n'émanent pas du ganglion cervical supérieur, ils n'ont pas de trajet intra-crânien, ils ne sont nullement en jeu quand le trijumeau est intéressé, et, dès lors, rien d'anormal ne se passe dans leur territoire.

Si donc le trijumeau est en cause dans le zona ophtalmique, il l'est surtout par les filets du sympathique qu'il renferme; quant à ses fibres sensitives, leur rôle est à peu près nul dans la production de l'éruption.

L'idée que j'ai mise en avant, que, dans le zona, l'éruption suit le trajet de certaines artérioles plutôt que celui des filets sensitifs qui les accompagnent et qu'elle résulte d'un trouble trophique relevant des nerfs vaso-dilatateurs et non plus des nerfs de la sensibilité générale, cette idée trouve encore une confirmation éclatante dans la forme de l'éruption du zona thoracique. Depuis la fin de mes études médicales, je ne crois pas avoir eu l'occasion d'observer un seul cas de zona thoracique, j'ignorais donc sa distribution topographique habituelle. Mais, d'après ma théorie, j'étais arrivé à conclure que, dans le zona du thorax, l'éruption ne devait pas dépasser en haut le troisième espace intercostal. En effet, dans les trois premiers espaces intercostaux, les artères, au lieu de venir de l'aorte viennent de la sous-clavière; par conséquent leur origine vasculaire et celle des vaso-moteurs qui les accompagnent sont différentes des autres intercostales qui viennent directement de l'aorte.

Or, ayant relevé nombre d'observations de zona thoracique, j'ai vu qu'effectivement l'éruption respectait habituellement les trois premiers espaces intercostaux.

Cette nouvelle théorie vasculaire du zona n'a pas seulement pour conséquence de rendre compréhensibles les anomalies apparentes de l'éruption, inexplicables avec les autres théories nerveuses, elle a une portée plus haute; elle enlève aux nerfs sensitifs de la vie de relation un rôle qui ne leur appartient pas, pour le restituer au grand sympathique. Elle prouve que c'est bien ce dernier qui, en réalité, commande et règle la nutrition dans toutes les régions qu'il dessert, qu'il s'agisse de viscères ou de territoires cutanés.

Nous nous expliquons aussi pourquoi certaines formes de zona ophtalmique peuvent présenter des complications particulièrement graves et s'accompagner d'hémiplégié, comme M. Brissaud en a précisément rapporté quelques exemples. Autant le mécanisme de ces lésions cérébrales était obscur avec la théorie nerveuse, autant il est facile à comprendre avec la dilatation vasomotrice excessive de certaines artérioles cérébrales pouvant provoquer des ruptures dans leur territoire d'irrigation.

Enfin, s'il était encore besoin d'une dernière preuve nous la trouverions dans le bel aphorisme *naturam mor-*

borum curationes ostendunt. Le remède le plus efficace contre le zona, et, en particulier, le zona ophtalmique, c'est le sulfate de quinine administré régulièrement et à haute dose. Or, le sulfate de quinine est essentiellement un médicament vaso-constricteur, agissant sur le sympathique et produisant le rétrécissement des vaisseaux artériels.

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

17 Avril 1899.

Des mesures légales pouvant faciliter le traitement de la morphinomanie. — M. Lutaud. Le morphinomanie est un être faible qui, pour guérir, a besoin d'être protégé contre lui-même: il fait toutes les promesses que l'on veut et ne les tient pas. Pour pouvoir guérir, il faudrait qu'il fût interné. Or, la législation actuelle ne permet pas cet internement. Quand le malade, entré dans une maison de santé pour se faire traiter, trouve la privation de morphine trop pénible et demande sa sortie, on ne peut la lui refuser quand bien même on lui aurait fait signer, à son entrée, l'engagement de ne sortir qu'après guérison.

En 1891, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a demandé qu'on ajoutât à la loi sur les aliénés un article permettant à ces malades de demander leur placement dans un asile. Je crois qu'on devrait étendre ce droit aux morphinomanes et aux dipsomanes; mais, bien entendu, une fois internés ils ne sortiraient qu'après guérison complète, ce qui est affaire de peu de temps pour les morphinomanes.

Cette disposition serait encore plus utile quand le morphinomanie est en même temps cocaïnomanie, car le cocaïnomanie sujet aux hallucinations peut être dangereux.

M. Motet. Ce que demande M. Lutaud, tout en étant très sage en soi, ne me paraît pas réalisable, car je ne crois pas qu'un homme simplement faible devant une passion puisse être soumis à l'internement forcé. Je fais exception pour les cocaïnomanes, qui sont excessivement dangereux en raison des hallucinations auxquelles ils sont en proie. Ce sont des aliénés temporaires, et ils doivent être traités comme tels.

M. Socquet. Dans l'ordre d'idées soulevées par M. Lutaud, la première chose à faire serait, à mon avis, de chercher à diminuer le nombre des cocaïnomanes et des morphinomanes, et, pour cela, il faudrait condamner les pharmaciens qui facilitent aux morphinomanes les moyens de se livrer à leur passion.

M. Bouchereau. La proposition de M. Lutaud se heurte au principe même de la loi de 1838, qui nous oblige à laisser sortir les aliénés dès qu'ils ne sont plus dangereux pour les autres.

De la mort subite par rupture spontanée de l'aorte. — M. Perrin de la Touche. Les cas de rupture spontanée de l'aorte, sans anévrisme préexistant, sont, je crois, moins rares qu'on ne pense. J'en ai observé un cas très intéressant. Il s'agissait d'un homme rentrant ivre chez lui le soir et qui, au cours de la querelle conjugale usuelle en pareil cas, frappe sa femme à la figure, puis va se coucher dans une autre chambre. Le lendemain matin, il trouve sa femme morte.

À l'autopsie, j'ai constaté de légères contusions de la face et de la tête, de l'artério-sclérose généralisée et très prononcée, enfin un épanchement sanguin dans le péricarde et une déchirure énorme de l'aorte.

J'ai pensé que la mort était due à l'arrêt du cœur déterminé par la compression exercée par l'épanchement de sang qui s'était produit dans le péricarde consécutivement à la rupture de l'aorte athéromateuse.

P. DESFOSSÉS.

XVII^e CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Carlsbad du 11 au 14 Avril 1899.

L'insuffisance du myocarde. — M. von Schrötter (de Vienne), rapporteur, après avoir indiqué les différences dans le mode de travail des muscles du squelette et du muscle cardiaque, arrive à conclure à l'automatisme du travail du cœur. Chaque cœur dispose d'une certaine réserve de force qui lui permet de faire face aux exigences d'un travail exagéré. La grandeur de cette force de réserve varie suivant les individus et est quelquefois d'origine congénitale. Mais elle ne suffit pas toujours en cas de surmenage, aussi n'est-il pas rare de rencontrer, dans ces conditions, des déchirures des muscles papillaires, des valvules, etc.

L'insuffisance fonctionnelle du cœur peut relever de causes étiologiques variées. Il existe tout d'abord une faiblesse congénitale du cœur, qui, quelquefois, est même familiale. C'est elle qui peut dans certains cas être la cause de l'hypertrophie idiopathique du cœur, comme M. von Schrötter en a observé un cas chez un garçon de dix-huit ans chez lequel il a trouvé une hypertrophie énorme du ventricule gauche, sans trace de lésions valvulaires. Ce cas montre qu'un cœur atteint de faiblesse congénitale, mais pourvu d'un appareil valvulaire sain, peut, en s'hypertrophiant, suffire à sa tâche.

Bien que, le fonctionnement, du cœur doive être considéré comme automatique, il n'en reste pas moins sous l'influence du système nerveux général. Les nerfs du cœur ne sont pas, comme on tend à l'admettre, d'ordre sensitif. Ainsi, en cas de troubles circulatoires déclarés, le cœur réagit par des phénomènes moteurs, comme l'accélération et l'irrégularité de ses battements; de même, la faiblesse du cœur, à la suite des maladies graves n'ayant pas provoqué des phénomènes de stase particulièrement accusés, ne peut s'expliquer que par une influence nerveuse. Dans tous ces cas, on n'est pas encore arrivé à démontrer qu'il s'agisse réellement de processus de dégénération ou d'action des toxines.

Parmi les modifications anatomiques pouvant être considérées comme la cause de l'insuffisance du myocarde, M. von Schrötter cite, en premier lieu, la sclérose des artères coronaires, donnant lieu à la dégénérescence fibreuse du myocarde. Les lésions inflammatoires du muscle cardiaque s'observent fréquemment à la suite des maladies infectieuses, par exemple, à la suite du rhumatisme articulaire aigu. C'est encore l'état du myocarde qui domine la situation, au point de vue des dangers éventuels, dans la péricardite et l'endocardite. Souvent on trouve de la myocardite parenchymateuse ainsi que de la myocardite interstitielle dans des cas où cliniquement, pendant la vie et à l'œil nu, au moment de l'autopsie on n'en trouvait pas trace. Il existe, enfin, des myocardites spontanées qui se localisent principalement à la base du ventricule gauche et qui se terminent soit par la résorption soit par la dégénérescence fibreuse.

Ces lésions ne sont pas encore bien connues en ce qui concerne leur localisation et les symptômes qu'elles provoquent. Au point de vue pronostic, leur localisation à la pointe paraît posséder une signification particulièrement mauvaise. Ce sont, peut-être, les différences de localisation qui expliquent les différences dans le rythme et le tonus des contractions du cœur.

Le traumatisme ainsi que le surmenage qui provoque la dilatation des cavités cardiaques par le sang qui s'y accumule, peuvent aussi amener la faiblesse du myocarde. Au début, la force de réserve du cœur suffit à assurer la distribution normale du sang. Mais lorsque la cause nocive intervient à plusieurs reprises et se répète fréquemment, la dilatation des cavités cardiaques devient définitive surtout, quand le cœur n'était pas déjà tout à fait sain auparavant. Mais même chez les individus bien portants le cœur peut succomber à la suite d'un surmenage brusque comme on en observe à la suite d'un sport immodéré, et l'entraînement n'amène pas toujours une hypertrophie compensatrice des parois cardiaques.

Ce qui est à noter c'est que, contrairement aux muscles du squelette, le myocarde ne possède pas la sensation de fatigue; c'est par la dyspnée et la sensation de fatigue générale que se manifeste ce surmenage du cœur. Comme sports capables d'amener le surmenage du cœur, on peut citer, par ordre d'importance: l'ascension des montagnes, le sport vélocipédique, la gymnastique, la natation prolongée, le canotage, la course et l'équitation.

Dans les troubles de compensation en cas de lésions valvulaires, l'état du myocarde joue un rôle important. Son hypertrophie compensatrice ne suffit ordinairement que pour un temps limité.

M. Martius (Rostock), *co-rapporteur*, pose en principe que la marche et la terminaison de toute affection du cœur, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de lésion valvulaire concomitante, dépend de l'état du myocarde. Tant que le myocarde n'est pas profondément atteint, le cœur reste à la hauteur de sa tâche.

D'après l'école de Leipzig, l'insuffisance du cœur qu'on observe dans les maladies infectieuses, est due à une insuffisance du myocarde résultant d'une inflammation aiguë, anatomiquement appréciable, du muscle du cœur. Par contre, d'après les expériences de Romberg et Passler, il s'agirait plutôt, dans un cas, d'une paralysie primitive et d'origine centrale, des vaso-moteurs survenant sous l'influence des toxines. Toutefois, cette théorie n'explique pas tous les cas; aussi, peut-on admettre que, dans certains cas, les toxines frappent à la fois les centres vaso-moteurs et le myocarde.

La question de l'existence de la myocardite, dans les affections chroniques du cœur, doit être résolue dans un sens affirmatif. La myofibrose sénile du cœur, décrite par Dehio, se retrouve, en effet, dans les cœurs des individus jeunes ou des adultes ayant succombé à une affection chronique du cœur.

Au point de vue clinique, M. Martius distingue, dans l'insuffisance du myocarde, les cinq formes suivantes:

1° L'insuffisance relative, aiguë et primitive. Elle s'observe à la suite du surmenage aigu, qu'il s'agisse d'un travail physique ou d'un sport quelconque. Le cœur non entraîné succombe plus facilement que le cœur qui a été entraîné auparavant, mais il faut savoir que l'entraînement a ses limites et qu'un cœur entraîné peut fort bien succomber. L'hypertension du cœur normal peut disparaître complètement quand on fait disparaître de bonne heure les causes qui ont amené cet état; par contre, la répétition de ces causes amène finalement la dilatation permanente avec insuffisance absolue; ce qui est particulièrement caractéristique dans ces cas, c'est l'état du poulx, qui est petit et mou, et le choc de la pointe qui est fort. Ce contraste a été con-

sideré par Schott, Albu, Thurn et autres comme un élément diagnostique très important;

2° La distension aiguë des cavités du cœur qui, au point de vue pathogénique, constitue la cause essentielle de la tachycardie essentielle ou paroxysmale. L'accélération considérable du poulx est un phénomène secondaire; la disparition de la distension du cœur est précédée d'un ralentissement et d'un renforcement du poulx ainsi que d'un affaiblissement du choc de la pointe; ce contraste entre le poulx et le choc de la pointe, lequel contraste survient au début de l'accès et disparaît avec celui-ci, est caractéristique de cette forme d'insuffisance;

3° La dilatation progressive du cœur avec tendance à s'établir d'une façon définitive; cette forme, décrite en premier lieu par Henschen, s'observe chez des jeunes filles anémiques, astreintes à un travail physique considérable; les malades de cette catégorie se sentent faibles, ont des palpitations, de la dyspnée à l'occasion du travail, perdent l'appétit et finissent par ne plus pouvoir travailler; comme complications, on observe des états anémiques graves et quelquefois des ulcères de l'estomac;

4° La dilatation avec faiblesse du cœur chez les enfants, décrite en France sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance; les enfants scrofuleux y seraient particulièrement disposés et, sur 247 enfants de ce genre, M. Martins a observé cette hypertrophie 95 fois. La dilatation disparaît quand on retire l'enfant de l'école et qu'on le met au repos;

5° La dilatation du cœur, suivie plus tard d'hypertrophie, qu'on observe chez les alcooliques et principalement chez les buveurs de bière.

(A suivre.)

XXVIII^e CONGRÈS

DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899.

Corps articulaires libres. — M. F. König (de Berlin) a observé, dans l'espace de vingt ans, 70 cas de corps articulaires libres. Dans 8 cas, cette affection est survenue à la suite d'une arthrite déformante; dans 16 cas, à la suite d'un traumatisme; dans 36 cas il a été impossible de trouver une cause étiologique; dans 10 cas, les corps articulaires furent trouvés dans des articulations autres que celles du genou et du coude.

C'est une affection des individus jeunes, et c'est ainsi que sur les 70 malades, 31 n'avaient pas encore atteint l'âge de trente ans et 28 étaient âgés de moins de vingt ans; 3 femmes figurent dans cette statistique de 70 cas.

Les troubles provoqués par les corps articulaires consistaient en douleurs à l'occasion des mouvements dont les excursions étaient limitées. Dans tous les cas existait le craquement caractéristique survenant à l'occasion de certains mouvements ou encore quand on donnait au membre une certaine position.

La mobilisation du corps articulaire est souvent la suite d'un traumatisme; mais la mobilisation spontanée est le résultat d'un processus ostéo-malacique. Avant de se mobiliser, le corps articulaire passe par deux stades; l'un, pendant lequel il est encore solidement fixé à la surface articulaire dont il ne peut être détaché qu'au moyen de la gouge; l'autre, pendant lequel le pédicule qui rattache le corps articulaire devient flexible.

La résorption spontanée du corps articulaire, qui est la règle dans les expériences faites sur les animaux, peut se produire aussi chez l'homme.

Le traumatisme seul est incapable de provoquer, chez l'homme, l'apparition des corps articulaires libres, et, dans ses expériences sur le cadavre, M. König n'a jamais réussi à les produire.

M. von Bergmann (Berlin) fait remarquer que, dans ces opérations sur le cadavre, il a fréquemment trouvé des lésions d'arthrite déformante et des corps articulaires libres à la suite des fractures mal consolidées, à la suite des traumatismes graves, des plaies articulaires par armes à feu. C'est ainsi qu'il a enlevé deux corps articulaires chez un officier qui, dix ans auparavant, avait reçu une balle dans le genou.

Les conditions du succès dans les interventions chirurgicales pour épilepsie. — M. Kocher (Berne) attire l'attention sur ce fait, qu'aujourd'hui, on envisage avec un certain pessimisme les résultats du traitement opératoire de l'épilepsie. Tandis qu'il n'y a pas encore longtemps on admettait que ce traitement donne 70 à 80 pour 100 de guérisons, aujourd'hui la statistique de Braun et Graf montre

Personnellement, M. Kocher estime que la valeur de l'opération dépend essentiellement de la diminution de la pression intra-cranienne; aussi est-il d'avis d'inciser toujours la dure mère. En incisant la dure-mère, il a obtenu 54 pour 100 de guérisons et 4 pour 100 seulement d'échecs; par contre, dans les cas où il n'avait pas incisé la dure-mère, il a eu 54 pour 100 d'échecs et seulement 14 pour 100 de guérisons. Il faut, par conséquent, s'efforcer d'obtenir une diminution de la pression intra-cranienne, tant générale que locale, en établissant une sorte de soupape. Or, l'étude de cas opérés et des re-

cherches expérimentales lui ont montré que dans les cas qui se sont terminés par la guérison, l'orifice de trépanation était fermé par une membrane souple, tandis que dans les cas qui n'ont pas guéri, cette membrane était dure et résistante.

D'un autre côté, de nombreuses expériences ont montré à M. Kocher que l'introduction d'un corps étranger dans le cerveau ne suffit pas pour provoquer l'épilepsie. Par contre, en frappant avec un marteau le crâne de cobayes, on provoque des convulsions, et, au moyen d'une canule placée à l'intérieur du crâne, on peut constater qu'il survient dans ces conditions une élévation de la pression intra-cranienne. Ce fait explique la fréquence de l'épilepsie en cas de kystes ou d'accumulation de liquides dans le cerveau.

Il va de soi que les cicatrices, les esquilles, les corps étrangers, etc., qu'on peut rencontrer, doivent être enlevés; mais, pour que l'opération donne un résultat satisfaisant, il est de toute nécessité d'obtenir une diminution de la pression intra-cranienne en établissant une sorte de soupape par l'excision de la dure-mère.

M. von Bergmann soutient qu'il n'existe pas d'épilepsie sans l'état désigné sous le nom de spasmodie et comportant des lésions particulières du cerveau. La spasmodie existe dans les neuf dixièmes des cas, et c'est dans le petit nombre de cas où la spasmodie fait défaut qu'on devrait étudier la valeur du traitement chirurgical.

L'excision de la dure-mère préconisée par M. Kocher, la résection du sympathique, vantée par Alexandre et Jonnesco, le traitement bromure répondent à l'indication morbide de la maladie. Dans tous les autres cas où l'on pratique l'excision des cicatrices, quand on en trouve, ou l'excision des centres corticaux, l'opération répond à une indication causale.

Un fait que M. von Bergmann tient à signaler est le suivant: dans les cas d'épilepsie réflexe, produite par exemple par une cicatrice du sciatique, l'excision de la cicatrice fait cesser l'épilepsie chez les individus non prédisposés à cette affection, et la laisse persister chez les individus qui sont prédisposés à l'épilepsie.

Trépanation du crâne. — M. Köstel (Berlin) a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de tuberculose de l'oreille moyenne. La trépanation et le curettage de la mastoïde ont amené la disparition de la plupart des symptômes et la malade a pu quitter l'hôpital en gardant, toutefois, une fistule. Un an après, elle revint avec une paralysie faciale, une parésie du bras gauche, une aphasie motrice, symptômes qui se seraient développés dans l'espace de quelques heures. Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'un abcès du cerveau, on fit la trépanation qui ne permit pas de découvrir l'abcès supprimé.

La malade ayant succombé au bout de quelques mois, on trouva une thrombose de la carotide interne et, dans l'hémisphère correspondant, un grand nombre de foyers de ramollissements qui ont pu simuler l'abcès.

M. Lauenstein (Hambourg) a opéré, il y a trois ou quatre ans, un homme d'une vingtaine d'années qui, après avoir eu de nombreux abcès épileptiformes partant du centre moteur du côté droit, a présenté de la cécité, de la stase de la papille et une paralysie du bras gauche. Bien qu'on ne trouvât aucune lésion du cerveau, l'épilepsie et la cécité disparurent et seul le bras resta paralysé.

Le succès de cette intervention ne peut être attribué à un agrandissement de la capacité du crâne par le fait de la trépanation; aussi M. Lauenstein est-il d'avis de pratiquer, dans les cas où l'on ne trouve pas de lésions matérielles, l'incision de la dure-mère conseillée par Kocher.

M. von Bergmann montre un malade qui avait reçu une balle dans le côté droit du crâne et qu'il a trépané pour une épilepsie qui s'est déclarée trois mois après l'accident. L'opération ne fit constater aucune lésion du cerveau. Deux ans plus tard, un abcès s'étant formé au niveau du foyer de l'opération, on intervint une seconde fois sans plus de succès. Or, la radiographie, faite dernièrement, a montré que la balle, qu'on croyait se trouver dans le cerveau, siégeait dans l'antre d'Highmore.

M. von Beckh (Carlsruhe) est intervenu par la trépanation dans 8 cas d'épilepsie; dans aucun cas il n'a fait d'excision des centres corticaux. On a pu constater que tant que le lambeau ostéo-cutané restait mobile les accès épileptiques ne se produisaient pas, et qu'ils survenaient aussitôt que l'occlusion de l'orifice de trépanation devenait complète pour disparaître quand on mobilisait le lambeau.

Porencéphalie. — M. von Bergmann a montré une jeune fille qui, à côté d'une perte de substance du crâne, d'origine probablement congénitale, présentait des accès épileptiformes, un raccourcissement des membres supérieurs, un pied creux, des troubles de la motilité. M. von Bergmann pratiqua, en deux séances, l'occlusion de la perte de substance, et l'épilepsie disparut.

Au cours de l'opération, on a trouvé dans le cerveau un petit kyste qui communiquait avec le ventricule latéral. Pour plus de sûreté on avait mis un drain, et on a pu constater que l'épilepsie reparait chaque fois qu'on retirait le drain.

En terminant, M. von Bergmann relate l'observation d'un garçon de sept ans qui présentait une volumineuse perte de substance du crâne à travers laquelle sortait une grosse tumeur kystique. Pour déterminer les dimen-

sions exactes de l'orifice crânien, on a commencé par ponctionner la tumeur. Malheureusement l'enfant succomba au collapsus au cours de cette intervention. Le malade n'avait pas d'épilepsie.

Extraction d'une balle logée dans le cerveau. — M. Barker (Londres). Il s'agit d'un homme qui dans une tentative de suicide s'était tiré un coup de revolver dans la voûte palatine. Les accidents immédiats ont consisté en un écoulement de sang à travers la narine gauche et en un ptosis de la paupière droite. Douze jours seulement après survinrent des vomissements et quinze jours plus tard une hémiplegie gauche.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, trente-deux jours après l'accident, on trouve les symptômes suivants : hémiparésie à gauche, hémorragies et stase veineuse de la pupille droite, exagération des réflexes rotuliens du côté droit, vomissements. On n'intervient pas, et dix jours après, la céphalalgie, les vomissements, la parésie disparaissent presque complètement, en même temps que la stase de la pupille diminue dans une proportion considérable. Une radiographie faite à ce moment montre qu'une balle se trouve dans le corps calleux et l'autre dans l'os sphénoïde.

Au soixante-cinquième jour après l'accident, le malade est pris d'un accès d'épilepsie qui se répète les jours suivants. On fait alors la trépanation et on extrait la balle logée dans le cerveau. Le malade est actuellement en voie de guérison.

(A suivre).

PRATIQUE MÉDICALE

Le massage systématique de l'utérus pour favoriser l'involution utérine.

Guidé par cette idée, que l'utérus en involution subit une dégénérescence granulo-graisseuse et que le massage qui agit sur la graisse de l'obèse et sur la sub-involution de l'utérus, doit agir sur son involution normale, M. Bosc (de Montpellier) a essayé le massage systématique de l'utérus pour en favoriser et accélérer l'involution après l'accouchement. Dans les cas qu'il publie, il a fait le premier massage immédiatement après la délivrance, ensuite un massage journalier pendant les premiers cinq à huit jours qui suivent. Les résultats de cette pratique ont été la disparition plus rapide des lochies, la descente de l'utérus derrière le pubis au bout de sept à huit jours et la possibilité pour la femme de se lever à cette époque sans aucun des dangers signalés.

La technique est des plus simples : frictions circulaires sur le fond du globe utérin pendant quatre ou cinq minutes, une ou deux fois par jour. La perception de l'utérus à travers la paroi abdominale des nouvelles accouchées est si facile et la technique si élémentaire, que le mari peut lui-même faire l'opération, d'après les indications du médecin ou de la sage-femme.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Thiol.

Jacobseïn a proposé, pour remplacer l'ichtyol, un composé auquel il donne le nom de thiol et qu'il obtient en chauffant à 215° le produit de la distillation de la tourbe avec 12 ou 15 pour 100 de soufre.

En traitant ce produit par l'acide sulfurique, on obtient un acide sulfonique qui, après purification, est neutralisé par l'ammoniaque. Il se forme alors un sulfate d'ammonium ou thiol.

Le thiol se trouve dans le commerce sous deux formes : l'une solide, qui est une poudre d'un brun foncé, avec une faible odeur de bitume; l'autre est liquide, de couleur foncée, de consistance sirupeuse.

D'après M. Garlopeau (*Thèse*, Paris, 1898), le thiol agit très efficacement contre les phénomènes hyperémiques et légèrement inflammatoires qui accompagnent les affections de la peau. Son action paraît plus rapide et plus sûre dans le traitement des affections de date récente et de forme subaiguë.

Le thiol joint, en outre, de propriétés antiseptiques légères, mais certaines.

Autant que possible, surtout dans les affections de la face, il ne faut pas employer le thiol dans la journée, mais seulement la nuit.

Le malade doit avoir à sa disposition une solution de thiol à 40 ou 50 parties de thiol pur pour 100 d'eau distillée. On promène sur les surfaces malades un petit pinceau, ou mieux (car le thiol

agglutine les crins du pinceau) un simple tampon de coton hydrophile bien imbibé de la solution.

Le lendemain matin, au réveil, on fait dissoudre un peu de savon dans de l'eau tiède, et il suffit alors de laver doucement les surfaces recouvertes de thiol avec du coton hydrophile imbibé de l'émulsion savonneuse, pour que le thiol soit parfaitement enlevé; l'eau froide ne suffirait pas.

Le siége du mal une fois nettoyé, on se contente de poudrer un peu.

Le soir venu, on recommence le traitement. Au bout de quelques jours, les bons effets du traitement ne tardent pas à se manifester.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 19 Avril. MM. Marion, 28. — Longuet, 27. — Riche, 25. 21 Avril. — Baudet, 13. — Michon, 21. — Banzet, 16. Prochaine séance, lundi 24 Avril, à 4 h. 1/2, à l'hôpital Beaujon.

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Le jury est définitivement constitué par MM. Guyot, Marie, Richardière, Letulle, Potain, Brault, Roulier.

Hôpital Trousseau. — M. RICHARDIÈRE fera le mercredi, 19 Avril, à 10 heures du matin, et les mercredis suivants, des leçons cliniques sur la diphtérie, à l'hôpital Trousseau, pavillon Bretonneau.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Cours pratique de médecine opératoire spéciale. — M. SAVARIAUD, professeur, commencera ses démonstrations sur les opérations sur le *Tube digestif et ses Annexes*, le lundi, 8 Mai à 1 h. 1/4, à l'École pratique.

Sujet de cours : Opérations sur la langue, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, l'appendice, le rectum, les voies biliaires.

Les droits à verser sont de 50 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi, samedi, de midi à 3 heures.

Le nombre des élèves est limité à 20.

Vacance de chaire. — La chaire d'histoire de la médecine et de chirurgie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Société anatomique. — M. Sacquépée est nommé membre correspondant de la Société anatomique.

A propos de la peste. — Le bruit à couru dans la journée de mercredi, dans des milieux ordinairement bien informés, que des cas de peste avaient éclaté dans un grand magasin et qu'un certain nombre de malades étaient en traitement dans les hôpitaux.

A l'Assistance publique on nous a déclaré qu'on ignorait absolument ce qui avait pu donner naissance à ce bruit.

D'autre part, l'Agence Havas communiquait hier soir aux journaux la note suivante :

« Il est absolument inexact que des cas de peste aient été constatés à Paris. « D'une enquête très minutieuse à laquelle M. Blanc, préfet de police, a procédé en personne, il résulte, en effet, qu'aucun décès suspect ne s'est produit et que la situation sanitaire à Paris est très satisfaisante. »

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 15^e semaine, 1,127 décès, au lieu de 1,311 pendant la semaine précédente et au lieu de 1,393 pendant la semaine antérieure.

Le chiffre actuel dépasse encore, mais dépasse de peu (88), la moyenne ordinaire (1,039) des semaines d'Avril. L'amélioration est donc considérable. L'épidémie de grippe est en voie de terminaison.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 183 décès, chiffre très inférieur à celui de la semaine précédente (264), mais encore supérieur à la moyenne ordinaire des semaines d'Avril (149).

Il n'est pas douteux que l'excès des chiffres actuels sur les chiffres moyens (au total, pour les maladies de l'appareil respiratoire, cet excès s'élève à 52), représente des décès dus à la grippe.

En outre, 44 décès ont été attribués à la grippe ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippale, bronchite grippale, etc.).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et très voisin de la moyenne (6); la scarlatine 4 (chiffre identique à la moyenne); la coqueluche, 11 (la moyenne est 8); la diphtérie, 5 (moyenne 13). La rougeole, toujours assez fréquente en cette saison, a causé 29 décès (chiffre voisin de la moyenne 28). Il n'y a pas eu de décès par varicelle.

Étranger.

— L'administration prussienne recommande expressément à toute personne mordue par un animal suspect de se faire soigner à l'Institut des maladies infectieuses de Berlin. Il résulte, en effet, d'une statistique dressée par ses soins qu'en 1898 la mortalité par la rage a été la suivante : de 7,69 pour 100 pour les personnes qui n'ont reçu aucun soin médical, de 2,31 pour les personnes secourues par les médecins, mais non inocuées; 0 pour toutes celles qui ont été traitées d'après la méthode pastoriennne.

— On annonce la mort de l'ancien professeur d'anatomie

pathologique à l'Université de Vienne, M. Joseph Engel. — Le professeur H. Martius, directeur de la Polyclinique universitaire de Rostock, est promu au rang de professeur titulaire.

Répertoire thérapeutique

« C'est un des caractères fondamentaux de la grippe d'agir rapidement sur le système nerveux en déterminant de l'asthénie fonctionnelle des centres », disait M. Rendu dans une leçon sur la grippe et ses formes cliniques; et il ajoutait : « La lenteur de la convalescence montre que le système nerveux a été profondément touché. » C'est aussi l'opinion de M. Huchard, qui traite par une médication portant sur le système nerveux les états asthéniques post-grippaux. En effet, chez beaucoup de malades, après la grippe, il reste un état caractérisé par de l'asthénie généralisée ou localisée à divers appareils : à l'estomac, avec anorexie et vomissements; au cœur, avec faiblesse des contractions, tachycardie, embryocardie, etc.; aux poumons, etc. Le plus souvent ce sont les sujets atteints de grippe sans grande fièvre ni localisation catarrhale qui présentent avec le plus de persistance cette neurasthénie, qui n'est, du reste, généralement pas en rapport avec l'intensité de l'attaque.

Toutes ces variétés d'asthénies post-grippales sont justiciables de la caféine, et le praticien trouvera toujours dans cette substance (et particulièrement dans les préparations de Caféine Houdé) un précieux auxiliaire qui lui rendra pendant cette interminable convalescence les mêmes services qu'elle lui a rendus pendant la période d'état de la maladie.

Les bons effets de la caféine pendant l'attaque d'influenza sont bien connus; cependant, avant de parler de son emploi dans la convalescence, nous signalerons une observation de M. Rendu, remarquable au point de vue de l'action de la caféine, spécialement sur les formes portant sur le système nerveux.

Voici le cas de M. Rendu, auquel nous venons de faire allusion et que nous citons textuellement : « En 1890, j'ai assisté à un fait typique de ce genre (intoxication grippale portant sur le système nerveux). La malade était une femme de quarante ans, qui venait de perdre son mari en quelques jours de la maladie régnante. En vingt-quatre heures elle tomba dans un état comateux avec rétrécissement de la pupille, dyspnée paroxystique, petites sueurs, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose et anurie. Je fis mettre un vésicatoire derrière la nuque, des sangsues derrière les oreilles et j'ordonnai les injections de caféine. Au bout de trente-six heures, la malade revint à elle et eut ensuite les phénomènes d'une grippe ordinaire dont elle guérit. »

L'action de la caféine fut là d'autant plus remarquable que le cas était exceptionnellement grave, chez une malade dont le mari était mort avec les mêmes symptômes qu'elle a présentés, mais qui, grâce à la caféine, put être sauvée.

Toute-puissante pendant l'attaque de grippe, la caféine est encore extrêmement efficace dans la convalescence de cette maladie où les cliniciens recommandent unanimement de stimuler le système nerveux.

C'est pendant cette période de convalescence que l'emploi de la caféine Houdé est appelé à rendre les plus grands services.

C'est que, comme le disait M. Petresco de Bucharest, la caféine est le meilleur agent hyperémique des systèmes nerveux et musculaire. Sa supériorité, comme tonique vasculaire et cardiaque, réside surtout dans ce fait qu'elle ne s'accumule jamais dans l'économie. Elle augmente la tension artérielle, abaisse la température, augmente la diurèse, suractive la névrité; elle est par conséquent indiquée dans tous les états d'épuisement nerveux consécutifs ou non à des maladies générales et dans tous les états où les centres nerveux paraissent avoir perdu tout ressort.

La médication tonique et cardiaque par la Caféine Houdé granulée est indiquée dans tous ces états. La Caféine Houdé peut sans aucun inconvénient être administrée aussi longtemps qu'il est nécessaire et son action est toujours identique, grâce à sa préparation et à son dosage parfaits.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARÉCHOUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE



DRAGÉES DE VIVIEN

126, rue Lafayette, PARIS

L'action physiologique de l'*Extrait de foie de morue Vivien*, plus sûre que celle de l'huile, si rarement assimilée, se manifeste rapidement : excitation vive de l'appétit, augmentation du poids.

L'*Extrait Vivien* n'occasionne ni nausées, ni diarrhées. Les malades les plus difficiles et les enfants prennent avec plaisir le *Vin de Vivien*

Une cuillerée du **VIN** équivaut à 2 cuillerées de la meilleure huile de foie de morue.

Une **DRAGÉE-PILULE** équivaut à 1 cuillerée de la meilleure huile de foie de morue.

Notice et échantillons franco.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère. Rétablit les forces, l'appétit, les digestions. Très utile à tous les malades affaiblis. Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

En **POUDRE**, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût. on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids la viande de bœuf. **Alliment des Malades qui ne peuvent digérer** ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté. Agréable dans un prog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. laudanum. Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux. LA MEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

HÉMORRHAGIES ANÉMIE **LYMPHATISME CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosée à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

VIN EGALLE KOLA-COCA et VIN TANNIQUE d'un degré alcoolique très faible.
0,50 par verre à madère. Le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.

MORUINE SOUQUE E. FALIÈRES
Huile de foie de morue synthétique. Préparée par E. FALIÈRES. Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, élixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.
Sous trois formes : CACHETS, PILULES, SUPPOSITOIRES. De Glycérophosphate de Quinine pur.

REMEDE SOUVERAIN CONTRE LES **DIARRHÉES** des adultes et des enfants. Efficace aussi dans les Cas Tuberculeux.

Tannalbine KNOLL (Marque déposée.)

D'après le professeur Dr GOTTILIER BEINBERG. Toutes les autorités s'accordent pour tribuer à ce produit la première place entre toutes les préparations du tannin, à cause de son action aussi énergique que prompt, et de son innocuité.

DOSE JOURNALIÈRE : Pour adultes, 3 à 5 fois 1 gr. Pour enfants, la moitié.

RELATIONS SCIENTIFIQUES À DISPOSITION SUR DEMANDE. S'adresser, pour tous les détails, à Alex. BUCHET, 4, rue de Rivoli, PARIS

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de **L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN**



LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe. Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse. Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême. Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes et confirmé par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament. L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

SOLUTION BOURGUIGNON AU CHLORHYDROPHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ au CHIMIQUE PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARRETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

OSTÉOPATHIE CHRONIQUE A TYPE NON CLASSÉ, par MM. Edg. Hirtz et Prosper Merklen (avec 2 figures en noir) 193
PURPURA INFECTIEUX AU COURS D'UNE STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE, par MM. V. PAGLIANO et L. FRANÇOIS (avec un tracé) 196

MÉDECINE PRATIQUE

La tension artérielle, par M. G. MILIAN 197

ANALYSES

Anatomie et physiologie : Innervation motrice de l'estomac, par MM. COURTADE et GUYON 198
Pathologie générale : La réaction défensive et son schéma, par M. H. SOULIER 198
Bactériologie : Sur la coqueluche, par M. A. GAVASSE 198
Médecine expérimentale : Le rôle des ganglions lymphatiques dans la production de l'immunité dans les maladies infectieuses, par MM. L. MANFREDI et P. VIOLA 199
Chirurgie : Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus avec radiographies, par M. A. MOUCHET 199
Obstétrique et gynécologie : Un cas de kyste dermoïde développé aux dépens d'un ovaire suranné avec dégénérescence maligne de la paroi kystique, par M. S. NEUMANN 200
Maladies des enfants : Particularités anatomiques du larynx chez l'enfant, par M. D. GALATTI 200
Neurologie et psychiatrie : Arthropathies dans la syringomyélie, par M. P. PEROBRASJESKY 200
Rhinologie, otologie, laryngologie : Sur la question de l'ozène, par MM. GÖHLER et GÖRDES 200
Médecine publique et hygiène : La valeur réelle de la diminution de la mortalité par phthisie, par M. WILLIAM BYTHER. — La durée de l'infection diphtérique et l'emploi prophylactique de l'antitoxine, par M. FRANCIS ALLAN 200

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, M. PONCET. — Chirurgie de l'estomac, M. TERRIER. — Deux cas de rétroversion de l'utérus gravide, traités par la laparotomie, M. MOUCHET. — Rapport sur les demandes d'exploitation d'eaux minérales, M. ROBIN 162
Société de biologie : A propos de Fièvre cholérique, M. HAYEM. MM. GILBERT, G. HAYEM. — Les globules blancs mononucleaires du sang humain, M. HAYEM. — Sur la karyokinase des cellules granuleuses dans la moelle osseuse de l'homme, M. JOLLY. — Infection streptococcique du nouveau-né rôle du terrain, MM. LEVADITI et PARIS. — Pseudo-tuberculose bacillaire du pigeon, M. SARRAZIN. M. PHISALIX. — Traitement des ulcères varicelleux par le herbage du sétoïde, M. DELDET 162

Société obstétricale de France (7^e session, tenue les 6, 7, 8 Avril 1899).
 Communications : Parallèle entre les diverses opé-

érations à pratiquer dans les vices du bassin, M. CHARLES. — Technique opératoire; résultats comparatifs immédiats et éloignés de l'opération césarienne et de la symphysiotomie, M. P. BAR. MM. BUDIN, CHARLES, BOSSI, FOUCHER, BAL, BUDIN. — De l'ostéomalacie, M. BOSSI. — De l'utilité de deux forceps droit et gauche au point de vue de la suppression de la manœuvre du décroisement, M. LOVIER. — Présentation d'un nouveau matériel radiographique: bobine à un seul pôle actif; tube de Crookes maniable et inoffensif pouvant être tenu à la main ou introduit dans les cavités naturelles; fluoroscope rationnel, M. BOUCHACOURT. — Hémorragie du segment inférieur de l'utérus, M. MAYER. M. BAR. — Alimentation du nouveau-né débile, M. BUDIN. — Deux cas de mort par omphalorragie tardive, M. BOISSARD 162

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 3 Mai 1899, 3 1/2 heures. — M. THURIET: Contribution à l'étude des adénopathies dans les maladies du larynx; MM. Hayem, Pinard, Lancereaux, Lepage. — M. WEILL: De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la grossesse; MM. Pinard, Hayem, Lancereaux, Lepage. — M. JOANIN: Essai de toxicologie comparée de quelques azols; MM. Pouchet, Landouzy, Vidal, André. — M. FAURE: Essai sur le traitement du lupus par la nouvelle tuberculine (tuberculine T. R.) de Koch; MM. Landouzy, Pouchet, Vidal, André.

Judi 4 Mai 1899, à 1 heure. — M. BUDIAULT: Les superstitions médicales du Morvan; MM. Brouardel, Guyon, Rémy, Albarran. — M^{lle} EYRENOFF: Contribution à l'étude des fractures par le massage et la déambulation; MM. Guyon, Brouardel, Rémy, Albarran. — M. MAREZ: Tumeur papillaire de la trompe; MM. Guyon, Brouardel, Rémy, Albarran. — M. VLACHANIS: Études expérimentales sur les divers traitements du goitre exophtalmique; MM. Panas, Le Dentu, Thiéry, Faure. — M. LE GUEN: Contribution à l'étude du traitement des fractures obliques de la jambe; MM. Le Dentu, Panas, Thiéry, Faure. — M. GUERIN: Les différentes manifestations de la pensée; MM. Mathias-Duval, Raymond, Gley, Charrin. — M. HASLÉ: Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie; MM. Raymond, Mathias-Duval, Gley, Charrin. — M. CESTAN: Syndrome de Little; MM. Raymond, Mathias-Duval, Gley, Charrin. — M. NIGAY: Les polypes de l'intestin grêle; MM. Cornil, Hutinel, Marfan, Wurtz. — M. LEGRAND: Le grindelia robusta; son pouvoir thérapeutique, en particulier dans la coqueluche; MM. Hutinel, Cornil, Marfan, Wurtz. — M. CHOCET: Traitement de l'hypospadias par les greffes de Thiersch (procédé de Novo-Josserand); MM. Berger, Budin, Richelot, Desgrez. — M. SALMON: Glycogène et leucocytes; MM. Budin, Berger, Desgrez, Richelot.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1^{er} Mai 1899. — 1^{er} (1^{re} série): MM. Tillaux,

Retterer, Lejars. — 1^{er} (2^e série): MM. Ch. Richet, Humbert, Sebleau. — 1^{er} (3^e série): MM. Delens, Poirier, Legueu. — 2^e (Deuxième partie) (1^{re} série): MM. Potain, Lancereaux, Teissier. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série): MM. Landouzy, Gilles de la Tourette, Méry. — 5^e (Première partie) Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu: MM. Terrier, Reclus, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu: MM. Lannelongue, Blum, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu: MM. Fournier, Gaucher, Dupré.

Mardi 2 Mai 1899. — Dissection, Ecole pratique: MM. Berger, Thiéry, Albarran. — 1^{er}: MM. Rémy, Poirier, Quénu. — 2^e Oral (Première partie): MM. Mathias-Duval, Retterer, Langlois. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série): MM. Hutinel, Hallopeau, Ménétrier. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série): MM. Grancher, Troisier, Achard. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale: MM. Proust, Hanriot, Vaquez. — 5^e (Première partie) Chirurgie, Charité: MM. Guyon, Richelot, Faure. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité: MM. Jaccoud, Chantemesse, Thiroloix. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité: MM. Deboue, Raymond, Roger. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 3 Mai 1899. — Médecine opératoire, Ecole pratique: MM. Lannelongue, Terrier, Mauclair. — 1^{re} (1^{re} série): MM. Rémy, Retterer, Launois. — 1^{er} (2^e série): MM. Blanchard, Poirier, Sebleau. — 3^e (Deuxième partie): MM. Joffroy, Wurtz, Dupré. — 5^e (Première partie) Chirurgie (1^{re} série), Necker: MM. Blum, Humbert, Walther. — 5^e (Première partie) Chirurgie (2^e série), Necker: MM. Reclus, Broca (Aug.), Legueu. — 5^e (Deuxième partie) Necker: MM. Potain, Fournier, Gaucher.

Judi 4 Mai 1899. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série): MM. Chantemesse, Hallopeau, Thiroloix. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série): MM. Dieulafoy, Troisier, Achard. — 3^e (Deuxième partie) (3^e série): MM. Deboue, Ménétrier, Roger. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Proust Thoinot, Vaquez.

Vendredi 5 Mai 1899. — 3^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque: MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1^{er} (1^{re} série): MM. Ch. Richet, Reclus, Sebleau. — 1^{er} (2^e série): MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 3^e (Deuxième partie): MM. Grancher, Vidal, Dupré. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5^e (Première partie) Chirurgie, Charité: MM. Tillaux, Lejars, Walther. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série) Charité: MM. Potain, Hayem, Teissier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité: MM. Lancereaux, Wurtz, Méry.

Samedi 6 Mai 1899. — Anatomie pathologique, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique: MM. Cornil, Rémy, Méry. — Médecine opératoire, Ecole pratique: MM. Panas, Poirier, Quénu. — 1^{er}: MM. Retterer, Thiéry, Langlois. — 2^e Oral (Première partie): MM. Mathias-Duval, Richelot, Launois. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série): MM. Raymond, Hutinel, Vaquez. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série): MM. Dieulafoy, Hallopeau, Roger. — 5^e (Première partie) Chirurgie, Pitié: MM. Le Dentu, Albarran, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Pitié: MM. Chantemesse, Troisier, Marfan. — 5^e (Première partie) Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
 Ecrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

SAINT-GALMIER BADOIT

CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA: Tonique vasculaire.

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROGINE PRUNIER" — Reconstituant général.

Remplacer les Seils de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Neuralgies.

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CARABANA PURGE GUÉRIT

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE

RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

GUILLIERMOND SIROP IODO-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Avril 1899.

Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — M. Poncet (de Lyon) présente à l'Académie un ouvrage sur ce sujet, fait en collaboration avec M. Delore.

Dans ce travail, où se trouvent réunies plus de 130 opérations personnelles, les auteurs établissent l'importance de cette nouvelle méthode de traitement des complications urinaires.

Grâce à la dérivation méthodique de l'urine par la création d'un nouveau canal (canal hypogastrique), de nombreux prostatiques peuvent survivre pendant de longues années.

La cystostomie sus-pubienne doit être pratiquée lorsque les sondages sont impossibles, douloureux, dangereux, etc. Elle condamne les divers modes de ponction de la vessie.

Chirurgie de l'estomac. — M. Terrier présente à l'Académie un ouvrage fait en collaboration avec M. Hartmann, dans lequel il a étudié les nouveaux procédés de chirurgie gastrique et consigné les recherches de M. Soupault sur le chimisme gastrique des opérés.

Deux cas de rétroversions d'utérus gravides traités par la laparotomie. — M. Mouchet (de Sens) communique deux observations de grossesse accompagnée de rétroversion irréductible de l'utérus, avec enclavement dans le petit bassin. Il y avait des douleurs vives et de la rétention d'urine.

La laparotomie, faite au troisième mois dans le premier cas, au quatrième mois dans le second, a permis de relever l'utérus et de le fixer à la paroi abdominale. Les malades ont guéri et l'accouchement s'est fait à terme.

Rapport sur les demandes d'exploitations d'eaux minérales. — M. Robin lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur les demandes d'exploitations de sources nouvelles.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

22 Avril 1899.

A propos de l'ictère acholurique. — M. Hayem. J'ai déjà attiré l'attention (*La Presse Médicale*, 1898, n° 21, p. 127) sur une variété particulière d'ictère chronique que j'ai désignée sous le nom d'ictère chronique infectieux spléno-mégalique. C'est un ictère chronique à paroxysmes. Au moment des poussées aiguës, urines et sérum sanguin donnent la réaction de Gmelin; dans les périodes de rémission, les urines sont urobiliques, mais jamais elles ne donnent la réaction de Gmelin, tandis que dans le sérum sanguin cette réaction persiste plus ou moins intense, mais toujours nette. J'ai, en outre, essayé d'isoler une autre variété d'ictère chronique (*La Presse Médicale*, 1897, n° 40, p. CXXIV) que j'ai rencontrée chez certains dyspeptiques et qui se traduit par une coloration jaune chamois des téguments, et, notamment, de la paume des mains. Cet ictère a comme caractère spécial l'absence toujours constante de pigments biliaires dans les urines, à toutes les époques de la maladie, alors que le sérum sanguin donne nettement la réaction de Gmelin. Je demanderai à MM. Gilbert et Castaigne dans lequel de ces deux ordres ils rangent les malades dont ils rapportent l'observation à la dernière séance et quel était l'état précis du sérum de ces malades.

M. Gilbert. M. Hayem me demande des explications complémentaires sur les deux malades dont j'ai sommairement rapporté l'histoire dans la note que j'ai publiée avec mon interne Castaigne sur cette forme spéciale d'ictère, qu'avec Fournier j'ai appelée *acholurique*.

Ces deux malades sont fort dissemblables. Dans un cas, il s'agit d'une jeune femme dyspeptique qui présente une coloration jaune assez foncée de la peau, particulièrement marquée en certains points du visage, à la paume des mains et à la plante des pieds. Son sérum est jaune et contient des pigments biliaires. Par contre, ses urines sont remarquablement pâles et n'enferment pas. J'ai dit de ce cas qu'il était un exemple d'ictère fruste remarquable par l'association paradoxale de ces symptômes xanthodermie et xanthémie d'une part, leucosurie de l'autre. Ce fait se rapproche de ceux que, de son côté, a publiés M. Hayem, mais s'en sépare toutefois par la leucosurie.

L'autre cas a trait à un homme affecté de cette forme particulière de cirrhose que j'ai décrite avec Hanot et que nous avons appelée cirrhose alcoolique hypertrophique. Je l'ai dit expressément dans ma note et j'ai ajouté que la peau présentait, non pas la coloration de l'ictère vrai, mais celle de l'ictère hémaphéique. Or, chez ce malade, tandis que le sérum fournissait clairement la réaction des pigments biliaires modifiés, c'est-à-dire spectre des pigments biliaires et absence de la réaction de Gmelin, l'urine donnait à ce point de vue des résultats négatifs. M. Hayem avance que, dans l'ictère hémaphéique de Gubler, le sérum montre toujours la réaction de Gmelin; le fait que nous avons rapporté,

qui n'est pas le seul que nous ayons observé, et dont on peut trouver d'autres exemples dans la littérature, est en opposition formelle avec cette affirmation.

Le but de notre note, qui était d'établir l'existence de l'ictère hémaphéique acholurique, en regard de l'ictère biliphéique acholurique, doit être considéré comme atteint.

M. G. Hayem. Les cas d'ictère sans élimination de pigments biliaires par les urines ne sont pas très rares chez les buveurs. Le plus souvent, surtout quand la coloration des téguments est notable, il existe dans les urines, à la fois des pigments modifiés (ne donnant pas la réaction de Gmelin) et de l'urobiline. C'est ce qu'on voit dans les cas que Gubler décritait sous le nom d'ictère hémaphéique. Mais dans les formes atténuées, il peut y avoir uniquement de l'urobiline dans l'urine, malgré la présence dans le sang d'une certaine proportion de pigment biliaire. Je suis étonné que MM. Gilbert et Castaigne aient constaté, dans le sérum d'un ictérique, l'absence de pigment donnant la réaction de Gmelin, mes recherches sur ce point m'ayant conduit à considérer la bilirubine comme le seul pigment d'origine biliaire dont les propriétés tinctoriales soient incontestables.

Les globules blancs mononucléaires du sang humain. — M. Hayem. Dans ces dernières années, on s'est préoccupé d'établir des distinctions entre les diverses variétés de globules blancs. Ehrlich a admis six variétés d'éléments leucocytaires. En réunissant les *Mastzellen* aux polynucléaires, je diviserai les globules blancs en quatre variétés: 1° les mononucléaires incolores; 2° les mononucléaires opaques; 3° les polynucléaires; 4° les éosinophiles. En admettant quelques rares variétés, il est facile de faire entrer toutes les formes connues dans ces quatre classes. Les mononucléaires incolores comprennent à la fois les plus petits globules blancs du sang et les plus volumineux, car les caractères du noyau unique volumineux, arrondi, sont les mêmes dans ces éléments; les mononucléaires colorés présentent les caractères des cellules décrites par Ehrlich sous le nom de lymphocytes. Ils prennent seuls la double coloration par l'aurantia et l'hématoxyline ou l'hématéine.

Sur la karyokinèse des cellules granuleuses dans la moelle osseuse de l'homme. — M. J. Jolly. J'ai montré qu'on pouvait observer constamment, dans la moelle rouge du cobaye et du rat adultes, et le plus souvent aussi chez la souris, des cellules à granulations réfringentes éosinophiles dont les noyaux présentent les différentes phases de la division indirecte. Ainsi, on trouve dans la moelle osseuse de ces animaux la preuve anatomique de la multiplication de cellules dont les caractères rappellent absolument certains globules blancs du sang, et qu'il n'est possible de confondre, ni avec les cellules nucléées hémoglobiques, ni avec les cellules incolores non granuleuses que certains auteurs considèrent comme les phases premières des cellules hémoglobiques.

J'ai cherché à mettre en évidence le même fait chez l'homme. Ici, la difficulté qu'il y a d'observer de la moelle osseuse fraîche rend cette recherche moins aisée. J'ai pu cependant examiner, dans des conditions suffisantes de conservation, la moelle rouge du fémur d'un certain nombre d'enfants âgés de quinze jours à deux ans, et j'y ai observé des cellules éosinophiles aux différents stades de la mitose, mais moins nombreuses que chez le cobaye et que chez le rat. Ces cellules granuleuses en mitose ne se ressemblent pas toutes au point de vue de leurs granulations: dans certaines cellules, les granulations sont petites et peu réfringentes; dans d'autres cellules, elles sont grosses, réfringentes, et ressemblent absolument à celles des cellules éosinophiles du sang. J'ai cherché aussi des figures semblables dans la moelle rouge de l'homme adulte.

Je laisse de côté, pour le moment, la question de savoir dans quelle mesure les maladies dont étaient morts les sujets que j'ai examinés ont pu influencer, en les exagérant, les phénomènes que j'étudie; la question me paraît, du reste, d'importance secondaire, au point de vue du phénomène lui-même, le seul fait que je veuille retenir aujourd'hui.

Je pense toutefois, mais sans avoir eu encore l'occasion d'en pouvoir donner la preuve, que ces phénomènes sont, chez l'homme, comme chez le cobaye, le rat et la souris, physiologiques.

Infection streptococcique du nouveau-né; rôle du terrain. — MM. Levaditi et Paris. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Charrin un cas d'infection streptococcique évoluant chez un nouveau-né, fils de cancéreuse.

L'observation nous a paru intéressante, par ce fait que cet enfant a présenté, dès le premier jour de sa vie, une hypothermie très marquée: le thermomètre indiquait 26°; le calorimètre, 4 calories. On sait que cet état déficitaire de la thermogénèse favorise l'écllosion des maladies infectieuses, en faisant fléchir les moyens de défense; les expériences de Pasteur, de Bouchard l'ont prouvé. En poussant la question plus loin, nous avons constaté que cette hypothermie trouvait son explication dans la viciation des échanges chimiques.

Le coefficient azoturique était de beaucoup plus petit que l'unité; l'élaboration des substances utilisées se faisait mal, ce qui explique la toxicité augmentée de

l'urine. Le rapport entre l'unité de poids et la surface de rayonnement était supérieur à la normale; la radiation était donc exagérée chez un être qui absorbait moins et élaborait mal. Cette insuffisance fonctionnelle des cellules était sans doute commandée par la tare héréditaire; elle explique l'hypothermie et, partant, l'écllosion finale de l'infection.

Pseudo-tuberculose bacillaire du pigeon. — M. Sabrazès (de Bordeaux). — On observe chez le pigeon une maladie contagieuse relativement fréquente, caractérisée par le développement lent, sous la peau de la région cervicale antérieure, de productions polyloides fibreuses ressemblant à de volumineux tubercules. Or, il ne s'agit ni de tuberculose aviaire ni d'aspergilliose, mais d'une pseudo-tuberculose produite par un bacille décoloré par le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait, couvrant la gélose d'un enduit transparent, poussant très mal sur pomme de terre. Ce bacille est mobile, forme des amas dans les lésions; il jouit de la propriété de faire fermenter le glucose et de rester, par contre, sans action sur la molécule de lactose. Les cultures inoculées au pigeon reproduisent la maladie initiale qui se dénoue, dans un laps de temps de deux mois, par une pseudo-tuberculose viscérale.

L'inoculation au cobaye détermine des lésions du même ordre, mais à évolution plus rapide (sept jours). Cette maladie des pigeons est connue des éleveurs sous les noms de polype, de tuberculo-diphthérie, etc.; c'est, en réalité, une pseudo-tuberculose dont nous avons isolé l'agent microbien.

M. Phisalix. La maladie décrite chez le pigeon sous le nom de diphthérie reconnaît un ensemble morbide, souvent identique, mais pouvant relever de causes différentes. Les recherches de M. Sabrazès en sont un exemple: un bacille pseudo-tuberculeux a pu engendrer des lésions symptomatiques analogues.

Traitement des ulcères variqueux par le herbage du sciatique. — M. Delbet présente un malade guéri d'un ulcère variqueux large et profond. Le traitement employé a été la mise à nu du sciatique à la partie supérieure de la cuisse, et le herbage consécutif du nerf. La guérison de la plaie variqueuse a été rapide.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

7^e SESSION

Tenue les 6, 7, 8 Avril 1899.

(Suite et fin).

Parallèle entre les diverses opérations à pratiquer dans les vices du bassin. — M. Charles (de Liège) proclame d'abord le principe de la tolérance en disant qu'on peut obtenir d'excellents résultats avec des méthodes très différentes.

On doit considérer qu'il existe un contrat moral entre l'accoucheur et la femme qui s'est confiée à lui; celle-ci demande à être délivrée avec le moins de risques possibles pour elle.

Si l'accoucheur croit qu'il est nécessaire, dans l'intérêt de l'enfant, de recourir à une opération présentant quelques dangers pour la mère, ce qui est le cas de la césarienne et la symphysiotomie, il doit autant que possible obtenir le consentement de la principale intéressée.

Dans le choix que doit faire l'accoucheur, il y a lieu de tenir grand compte de la vie et de la santé de la mère, dont l'équivalence au point de vue social et économique, est représentée au moins par trois fœtus à terme.

Actuellement, les différents modes d'extraction de fœtus (forceps, version, etc.), à terme ou avant terme (accouchement prématuré artificiel), donnent des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient par la césarienne ou la symphysiotomie, opérations qui doivent, par suite, être réservées aux cas où on ne peut espérer avoir un enfant vivant par les procédés plus simples.

Enfin, si cela est nécessaire, on ne songe plus qu'à la femme, et on réduit le volume du fœtus vivant ou mort.

On ne peut affirmer aujourd'hui que la symphysiotomie donne de meilleurs résultats que la césarienne: l'une et l'autre exigent de l'habileté, de grandes précautions antiseptiques, un milieu favorable et des aides intelligents.

Technique opératoire; résultats comparatifs immédiats et éloignés de l'opération césarienne et de la symphysiotomie. — M. P. Bar fait un exposé de ses cas personnels, qui sont au nombre de 10 pour la césarienne et de 21 pour la symphysiotomie.

Sa mortalité pour ces 31 opérations est d'une seule femme morte: tous les enfants sont sortis vivants de l'hôpital.

Les conclusions qui se dégagent de ces observations sont les suivantes relativement à l'opération césarienne qui lui a donné sa seule morte.

Cette opération conservatrice peut être pratiquée avant le début du travail, l'atonie n'étant pas à craindre

si on fait une injection d'ergotine au début de l'intervention.

On ne se trouve donc plus dans les mauvaises conditions d'une opération d'urgence, mais d'une laparotomie ordinaire.

M. Bar a pratiqué à deux reprises différentes avec succès deux opérations césariennes chez la même femme; en tenant compte des statistiques de Tweifel et de Léopold, il considère comme contre-indiqué de priver une femme de son utérus, quand on pense que l'opération césarienne devra être employée lors de ses accouchements ultérieurs.

Relativement à la symphyséotomie, M. Bar conclut de la manière suivante: la section de la symphyse suit un travail plus ou moins prolongé; elle doit être complétée par l'extraction du fœtus ou l'accouchement spontané.

La nécessité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par le canal génital entraîne des aléas pour l'enfant.

Le passage du fœtus provoque des lésions des parties molles qui acquièrent une gravité particulière à cause des dangers d'infection.

La symphyséotomie s'accompagne souvent de troubles urinaires, et favorise l'apparition du prolapsus utérin. La répétition de la symphyséotomie nécessite une technique spéciale et expose davantage aux blessures de la vessie et aux plaies communicantes.

Pour M. Bar, les indications relatives de la section césarienne conservatrice et de la symphyséotomie sont les suivantes:

L'opération césarienne sauvegarde complètement les intérêts de l'enfant, tandis que la symphyséotomie ne le fait qu'imparfaitement.

Les risques opératoires immédiats, et les dangers de mort par faute contre l'asepsie, sont plus grands dans la césarienne que dans la symphyséotomie; mais l'extraction du fœtus augmente les risques d'infection dans la symphyséotomie.

Aussi les progrès de l'asepsie ont-ils diminué beaucoup la mortalité et la morbidité de la mère après la section césarienne.

Les suites éloignées de la césarienne sont beaucoup moins sérieuses que celles de la symphyséotomie.

M. Bar estime que la césarienne est l'opération de choix quand la malade n'est pas en travail, qu'elle se trouve dans un milieu aseptique, et qu'elle n'est sous le coup d'aucune chance d'infection.

Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme sera primipare et aura un bassin plus étroit.

Dans un certain nombre de cas, l'opération césarienne reste indiquée, malgré un début de travail.

M. Budin fait observer que, pour comparer la morbidité infantile de la césarienne et de la symphyséotomie, il faut prendre les femmes avant tout début de travail, car l'enfant peut mourir avant que le travail soit assez avancé pour permettre la symphyséotomie qui avait été décidée et qui, dès lors, n'est plus exécutée.

Le rejet de ces cas rend incomplètes les statistiques de mortalité infantile comparées à celles de la césarienne.

M. Charles conclut de son expérience personnelle que la césarienne est une opération simple, facile, et peut-être moins dangereuse que la symphyséotomie.

M. Bossi préfère à la symphyséotomie l'accouchement prématuré et la césarienne, dont l'exécution est relativement simple à domicile et dans les campagnes, ainsi que le prouvent 11 observations rapportées par son assistant.

M. Fochier montre que la symphyséotomie est plus sérieuse que la césarienne à cause du choc opératoire consécutif à l'ouverture des articulations, et des mauvaises conditions communes à toute opération d'urgence.

Pour lui, la vie de la mère a beaucoup plus de valeur que celle de l'enfant qui n'est que la possibilité d'un semblable, et on doit avoir la même conduite à l'hôpital et en ville.

Il ne se croit pas autorisé à faire une opération sanglante et dangereuse sans prévenir l'intéressée, et il redouble de plus en plus embryotomiste.

M. Bar rend justice au mouvement qui a conduit à la symphyséotomie sous l'impulsion puissante de M. Pinard et de ses élèves, car les forceps et les versions qu'on faisait autrefois dans les rétrécissements du bassin n'étaient souvent que des embryotomies déguisées.

L'erreur a été de vouloir présenter la symphyséotomie comme une opération s'appliquant à tous les cas.

Pour M. Bar, l'accoucheur reste seul à discuter l'opportunité et le choix du mode d'intervention, sans avoir à tenir compte de l'opinion de la malade, qui est incompétente.

M. Budin fait remarquer qu'il est impossible d'accepter une opération à l'exclusion de toutes les autres. Le discrédit dans lequel était tombé le forceps était dû surtout aux applications antéro-postérieures, qui ont été abandonnées depuis.

Les applications obliques ou transversales sont loin de présenter les mêmes dangers.

M. Budin n'admet pas qu'on ne tienne aucun compte de l'opinion de la malade, et, dans les cas où elle se refusera à toute opération sanglante, il recourra toujours à l'application de forceps, et, en cas d'échec, à l'embryotomie, même sur l'enfant vivant.

En résumé, la symphyséotomie a traversé trois périodes:

La période d'apparition avec Sigault; mais l'enthousiasme fut de courte durée;

La renaissance se fit avec Morisani, qui la tira de l'oubli;

Troisième période de généralisation date des travaux de Bouchacourt, et surtout de Pinard, Farabeuf et Vernier, avec lesquels elle a atteint son apogée.

Il semble que cette opération commence, une troisième fois, à entrer dans une période de déclin.

De l'ostéomalacie. — M. Bossi (de Gènes) rapporte 13 cas de castration ayant amené la guérison de cette maladie qui n'est pas rare et est très grave en Italie, où elle frappe surtout les femmes à leur plus grande activité ovarienne, c'est-à-dire entre trente et trente-cinq ans.

L'ostéomalacie est toujours apparue pendant la grossesse et présentait dans tous les cas une aggravation pendant les jours qui correspondaient aux époques menstruelles.

Les résultats immédiats et éloignés de ces interventions ont été excellents: la restauration osseuse était parfaite quatre mois après.

L'examen histologique des ovaires n'a rien montré de particulier.

Pour lui, la misère physiologique n'est qu'une cause prédisposante.

De l'utilité de deux forceps droit et gauche au point de vue de la suppression de la manœuvre du décroisement. — M. Loviot montre que le décroisement n'est pas sans inconvénient pour les parties molles, et en particulier pour la vulve, surtout chez les primipares.

L'idée la plus simple pour éviter cette manœuvre consiste à mettre le pivot sur la branche droite comme l'a fait M. Loviot dans l'instrument qu'il présente.

Présentation d'un nouveau matériel radiographique: bobine à un seul pôle actif; tube de Crookes maniable et inoffensif pouvant être tenu à la main ou introduit dans les cavités naturelles; fluoroscope rationnel. — M. Bouchacourt rappelle que la méthode de production de rayons de Röntgen, à laquelle il a donné le nom d'endoscopie, est caractérisée par la mise au sol du pôle + du générateur d'électricité, du côté anodique de l'ampoule de Crookes, du sujet et de l'opérateur.

Ce fonctionnement avec un seul pôle actif présente, pour les applications médicales, des avantages multiples: possibilité de toucher le tube, de le promener à la surface du corps du malade et de l'introduire dans une cavité naturelle.

Aucune sensation n'est perçue par le malade, ni par l'opérateur, qui sont à l'abri des troubles trophiques et de tout phénomène d'influence électrique.

Après avoir employé la machine carrée comme générateur d'électricité, M. Bouchacourt a fait construire de grosses bobines unipolaires sur le principe des petites bobines d'allumage, et il les emploie exclusivement aujourd'hui.

Les tubes de Crookes doivent présenter une forme et des dimensions appropriées à l'usage qu'on veut en faire: introduction dans une cavité, ou seulement dépression des parties molles.

Avec le matériel que présente M. Bouchacourt, on pourra manier le tube de Crookes aussi facilement qu'une lampe à incandescence ordinaire.

La pratique seule fixera quels sont les organes qui sont justiciables de la production des rayons de Röntgen dans les cavités ou seulement à la surface extérieure du corps, mais en contact avec lui, de façon à utiliser la plus grande partie des rayons émis, en profitant de toute leur intensité.

Hémorragie du segment inférieur de l'utérus.

— M. Maygrier rapporte l'observation d'une femme qui, étant enceinte de sept mois et demi, présentait les signes de placenta prævia (hémorragie et empatement du segment inférieur).

Après la délivrance, il survint des signes d'hémorragie interne; le palper permit de sentir un corps utérin extrêmement dur, remontant au-dessus de l'ombilic, surmontant une masse molle, fluctuante, qui était constituée par le segment inférieur rempli de 750 grammes de caillots.

Le segment inférieur se laisse donc facilement distendre par le sang, qui reste accumulé sans donner lieu à une hémorragie externe. Au point de vue thérapeutique, il faut remplir deux indications: évacuer les caillots et arrêter l'hémorragie à l'aide du tamponnement.

M. Bar admet que ces faits ne sont pas très rares, et que l'accumulation du sang dans le segment inférieur reconnaît trois causes:

1° L'inertie totale de l'utérus (le sang s'accumulant secondairement dans le segment inférieur);

2° Une déchirure du segment inférieur dans les cas d'insertion normale du placenta;

3° Une hémorragie du segment inférieur après la délivrance dans les cas de placenta prævia.

Le traitement varie suivant la cause.

Alimentation du nouveau-né débile. — M. Budin établit tout d'abord quelle est la quantité de lait à donner au nouveau-né.

Cette question a un grand intérêt pratique, car l'insuf-

fisance de l'alimentation donne lieu à des accès de cyanose souvent très graves, pouvant entraîner la mort. Au contraire, avec l'alimentation en excès, on peut craindre des troubles digestifs: diarrhée, entérite, etc., accidents présentant aussi une certaine gravité.

L'évaluation de lait à donner à l'enfant a été déterminée par des moyens divers: les uns se sont guidés sur la capacité de l'estomac;

M. Budin a eu recours à l'observation journalière, en mesurant exactement chez tous les enfants de son service la quantité de lait ingérée.

Cette observation clinique attentive a montré que, peu après la naissance, l'enfant prenait très peu de lait; puis la quantité augmentait progressivement jusqu'au dixième jour, pour rester approximativement la même.

Cette loi d'accroissement présente d'ailleurs des variations suivant le poids de l'enfant:

Pour les enfants au-dessous de 1.800 grammes, l'augmentation des premiers jours est beaucoup moins rapide au début que pour les enfants d'un poids plus élevé; la descente de poids des premiers étant d'ailleurs plus grande et durant plus longtemps.

Quelle est la quantité de lait que doit prendre normalement un enfant âgé de plus de dix jours?

Pour des enfants pesant plus de 2.000 grammes, M. Budin a établi la loi suivante, destinée à établir la quantité de lait nécessaire à son accroissement. Cette quantité est obtenue, pour vingt-quatre heures, en multipliant par 2 le chiffre représentant le poids de l'enfant, et en lui supprimant un 0.

Ainsi un enfant de 2.000 grammes devrait prendre 200×2 c'est-à-dire 400 grammes. En procédant ainsi, on évitera presque sûrement les accès de cyanose et les troubles digestifs, indices d'une alimentation mal réglée, quoiqu'il faille tenir compte, en outre, de la qualité du lait et de la valeur d'assimilation de l'enfant. Ainsi dans les cas où la nourrice a un lait très riche, une quantité moins grande de lait est nécessaire.

M. Budin aboutit aux conclusions pratiques suivantes:

L'enfant débile doit être allaité par sa mère ou par une nourrice, qui devra garder son propre enfant pour entretenir la sécrétion lactée.

Quand les enfants prématurés, ayant atteint le chiffre de 3.000 grammes, sortaient du service des débilés, ils se trouvaient souvent dans de mauvaises conditions, car la mère n'avait généralement presque plus de lait dans ses seins.

On doit donc conseiller aux mères de s'efforcer de conserver leur sécrétion lactée pendant l'absence de leur enfant.

M. Budin rapporte les divers artifices qu'il a vu employer par les mères: tétées par un petit chien, traites journalières, tétées par un enfant mercenaire, par le mari, par un jumeau plus gros, et enfin, dans un cas, par un enfant âgé de plus de deux ans qui rappelait à sa mère l'heure des repas.

Deux cas de mort par omphalorrhagie tardive. — M. Boissard rapporte deux cas de mort survenue d'une façon imprévue, longtemps après la chute du cordon.

Tous les procédés hémostatiques employés, y compris la ligature, ont été inefficaces, et les enfants sont morts.

Dans un seul cas seulement, la syphilis fut reconnue; mais il est probable que cette cause d'hémorragie tardive du cordon est toujours due à une endophlébite particulière d'origine hérédito-syphilitique.

L. BOUCHACOURT.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Ce concours s'est ouvert le lundi 25 Avril. Les candidats inscrits étaient au nombre de 67. La question tirée au sort a été la suivante: *Phthisis fibreuse d'origine bacillaire*. 58 copies ont été remises.

Ordre des lectures: MM. Belin, Brodier, Springer, Pignol, Tissier (P.), Papillon, Gougat, Pissavy, Bensaude, Macaigne, Thérèse, Henriquez, Potier, Thiercelin, Küss, Levi (Ch.), Claude, Gallois, Beaumé, de Massary, Legry, Veillon, Soupault, Mangin-Boquet, Bruhl, Bergé, Lafitte, Michel, Thomas, Carnot, Sergent, Besançon, Achalmé, Leredde, Sallard, Papillon (H.), Sée, Zuber, Tollener, Levi (L.), Dufour, Gasne, Renault, Phulpin, Marie (R.), Boix, Fournier, Londe, Hudelo, Kahn, Auscher, Plique, de Grandmaison, Auclair, Apert, Teissier, Brouardel, Philippe.

Les séances de lecture auront lieu tous les jours, sauf le mercredi, à 4 h. 1/2, et le dimanche dans la matinée, à la Charité.

25 Avril. — MM. Belin, 18. — Brodier, 43. — Springer, 15. — Pignol, 16. — Tissier (Paul), 18.

Prochaine séance, jeudi 27 Avril, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Hospice de la Rochefoucauld. — M. Darier fera, à partir du mercredi matin 26 Avril, des conférences sur l'anatomie et la pathologie générales de la peau. Il les continuera les mercredis et vendredis suivants.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRE.

Paris. — L. MARÉTHÉUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café ;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule,
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas,

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 3, quai de Retz LYON

Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)

Phosphite de Gaïacol, synonyme "GAÏACOPHOSPHAL" (Déposé)

Hémorrhagies

Lymphatisme

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec,

représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON : 4 FRANCS

Anémie

Chlorose



OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

Oxyhémoglobine

ET

Glycérophosphate

de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)



MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE AU COURS D'UNE FIÈVRE ORTIÉE, par MM. PAUL OULMONT et FELIX RAMOND 201

FORME MYÉLOPATHIQUE DU BLENNORRHOÏDISME, par M. G. MILIAN 201

ANALYSES

Bactériologie : Sur le rôle pathogène des blastomycètes, par M. NISZGAIMENKO 202

Médecine expérimentale : Persistance de l'irritabilité musculaire dans le sphincter anal après la section des nerfs, par MM. S. ARLOING et E. CHANTRE 203

Médecine : Cirrhose hypertrophique du foie, par M. V. KIRKOW 203

Chirurgie : Ablation totale de la vessie pour cancer de cet organe, par M. P. MODLINSKY. — Un cas de polyposse de l'intestin traité par la laparotomie, par M. E. S. KAZAN 203

Neurologie et psychiatrie : Traitement de l'hémianopsie homonyme d'origine centrale par les courants continus, par M. JAROSCHINSKY 203

Dermatologie et syphiligraphie : Il n'y a pas de preuves que la lèpre existât en Amérique avant Christophe Colomb, par M. ALBERT S. ASHMEAD 203

Maladies des voies urinaires : Le papillome du bassin, par M. J. PANTALONI 204

Thérapeutique et matière médicale : La valeur du thuocel dans la tuberculose, par M. LELOI MARAMALDI. — Sur le courant galvanique, par M. DUBOIS 204

Recherche de la simulation de la surdité unilatérale à l'aide du diapason, M. A. COURTAUD. — Présentation d'un appareil à inhalations, M. P. LACROIX. — Nouvel insufflateur de poudre pour les cavités accessoires du nez, M. LICHTWITZ 166

Société d'ophtalmologie de Paris : Considérations sur l'étiologie d'un cas d'irido-choroïdite, M. A. TERSON. — A propos de deux cas de névrite rétro-bulbaire, M. VALUDE. — Traitement des affections lacrymales par les sondes au protargol, M. ANTONELLI. — Une nouvelle forme de fœil artificiel, M. SULZER 166

Société médico-chirurgicale : Le phénogol, nouvel antiseptique général, M. GAUTRELET, MM. VERCHÈRE, BERTHOD, GAUTRELET, VERCHÈRE, GAUTRELET, BOYMOND, GAUTRELET, DE RANSE, GAUTRELET. — A propos des voyages d'études aux eaux minérales, M. BERTHOD, M. DE RANSE 167

Société française d'électrothérapie : La galvanisation cérébrale, M. LÉDUC. — Présentation d'instruments, M. GAUFFE, M. DRAULT 167

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ILES BRITANNIQUES. — Société pathologique de Londres : De la toxicité des urines, M. HERRINGHAM, M. BRADFORD. — Tumeurs épithéliales de la région frontale, M. CROCKER. — Syphilis diffuse du foie, M. WERRER. — Kyste congénital de la langue, M. JOHNSON. — Maladie kystique de la mamelle chez un enfant, M. D'ARCY POWER. — Hypertrophie du corps pituitaire sans acromégalie, M. LAWRENCE. — Lésions des capsules surrénales dans l'aliénation mentale, M. BEADLES. — Lithiase biliaire chez les enfants, M. STILL 167

Institut médical de Liverpool : Leucémie aigüe, M. ROSS 168

XVII^e Congrès allemand de médecine interne (tenu à Carlsbad du 11 au 15 Avril 1899). (Suite) 168

XXVIII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie (tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899). (Suite) 168

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement prophylactique de la péricardite dans le rhumatisme articulaire aigu. — Enduit pour lubrifier les sondes urétrales. 169

RENSEIGNEMENTS

Cabinet de consultation à louer, avenue de l'Opéra, meublé ou non. Ecrire au journal (n° 355).

Externe des hôpitaux, n'ayant que thèse à passer, désire faire remplacements pendant les mois de Juin et Juillet. Ecrire au journal (n° 353).

Poste médical dans l'Orne, à prendre de suite ; rapport : 8 à 9.000 francs, dont 2.000 francs de fixe. S'adresser à M. Henri Collin, 6, rue de l'École-de-Médecine, tous les jours, de 2 à 6 heures.

Poste médical dans Seine-et-Oise vacant. S'adresser au journal (n° 354).

Les demandes qui nous sont parvenues au sujet du renseignement n° 352 (médecin pour voyages) ont été transmises à l'auteur de la demande.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX
 Phosphite de créosote ou Phosphotal 169

LIVRES NOUVEAUX
 Thérapeutique oculaire, par MM. BAUN et MORAX 169

Répertoire thérapeutique 170

Voir les Nouvelles à l'avant-dernière page.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Avril 1899.

A propos de la tuberculose ; de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du testicule. — M. Bazy. La question de l'intervention précoce et radicale, dans la tuberculose testiculaire, a été portée devant la Société, il y a huit ans, en 1891, par Terrillon ; s'appuyant sur deux cas de castration hâtive qui étaient restés guéris, l'un depuis huit ans, l'autre depuis trois ans, il avait préconisé cette castration précoce. D'un autre côté, M. Reynier, frappé des conséquences fâcheuses et mortelles de l'abstention dans certains cas de tuberculose testiculaire, est arrivé aux mêmes conclusions. M. Berger approuve pleinement ces idées et nous montre que sa pratique est, depuis de longues années, conforme aux principes qu'il a énoncés.

Théoriquement, il semble que la castration testiculaire est la seule opération à opposer à la tuberculose de l'épididyme ; quand on trouve une tuberculose, l'enlever semble être la seule opération rationnelle ; on évite ainsi les infections des autres organes et les généralisations. On peut même aller plus loin, et, pour peu que le canal déférent paraisse suspect, on doit l'extirper, et c'est ce qu'ont fait M. Berger et M. Beurnier et ce que recommande à son tour M. Reynier.

M. Berger ajoute même qu'il n'a jamais vu de récédive de l'autre testicule, après une castration unilatérale. Je crains que M. Berger ne soit tombé sur une série favorable, et, d'autre part, avec les quelques faits heureux de castration que l'on cite, il me semble possible d'établir une règle générale. Nous savons tous combien les manifestations de la tuberculose sont variables, protéiformes, suivant une foule de conditions que je n'ai pas besoin d'énumérer ; celle-ci restant torpide, et même guérissant toute seule, telle autre évoluant avec une très grande rapidité. Je passe sur toutes les variétés intermédiaires.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ces points bien connus. C'est probablement parce qu'on a eu affaire à ces formes torpides, qu'on a pu parler de guérison par la castration. Est-ce à dire que ces tuberculoses qui ont

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine). VII^e ANNÉE. T. I. — N° 34, 29 AVRIL 1899.

POUGUES TONI-ALCALINE

ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces Soutient l'organisme avant & durant le traitement. Paris, 20, Pl. des Fossés et P^{ns}.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

HÉMONEUROL COGNET

Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux. RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

guéri par l'intervention rapide eussent guéri toutes seules, sans intervention? Je suis loin de le prétendre; mais les faits montrent qu'on peut obtenir la guérison par des sacrifices moins importants.

On peut tout aussi bien empêcher les propagations aux autres organes par des opérations moins radicales et tout aussi efficaces.

La nécessité d'une opération moins radicale que la castration découle de deux faits: le premier, c'est que la castration n'empêche pas, contrairement à ce que pense M. Berger, l'apparition du mal sur l'autre côté, et, dès lors, conséquent avec soi-même, il faudrait, si l'autre côté se prend, recourir de nouveau à cette mutilation. Le deuxième, c'est que les testicules étant des organes dont la sécrétion interne est utile à l'équilibre organique, et j'ajouterais moral, il importe de ne point les sacrifier tous deux, car, quelque petite que soit la quantité de suc testiculaire qui reste, il semble qu'il y en a toujours suffisamment pour que cet équilibre soit maintenu.

Je suis donc partisan des opérations partielles, opérations qu'on peut pratiquer sur les testicules ou même sur les annexes du testicule qu'on n'ait rien de rationnel et sont tout à fait conformes aux règles que l'on suit en pareille circonstance pour d'autres régions.

Ampute-t-on toujours le bras pour une tuberculose du coude? Ampute-t-on toujours la cuisse pour une tuberculose du genou? Et pourtant, on pourrait presque dire que la jambe est moins utile à l'homme que le testicule.

Dans les considérations qui précèdent, je n'ai pas tenu compte d'un fait important: la coexistence fréquente de lésions prostatiques et des lésions épididymaires, si fréquente même que, pour quelques auteurs, elle serait constante, la lésion prostatique étant la première en date; il en résulterait que la castration, quelque radicale qu'elle prétendrait être, ne le serait pas du tout.

Néanmoins, on la préconise même dans ces cas; et n'avons-nous pas entendu notre collègue Reynier la préconiser précisément à cause de l'influence qu'elle peut avoir sur les lésions prostatiques, établissant une analogie entre la tuberculose et l'hypertrophie prostatique et concluant de ce que l'hypertrophie prostatique est influencée par la castration à l'influence de la castration pour la tuberculose sur les lésions tuberculeuses de la prostate? Cette analogie n'est pas acceptable; elle l'est d'autant moins que, pour être valable dans l'hypertrophie prostatique, la castration doit être double, ce qui n'est pas, au moins tout d'abord, dans la tuberculose testiculaire.

Quant à l'influence que peut exercer une opération pratiquée sur l'épididyme sur les autres lésions, soit du canal déférent, soit de la prostate, elle est réelle, je viens d'en citer un exemple démonstratif; j'ai, du reste, eu l'occasion de l'indiquer après M. Verneuil lors de la communication de M. Terrillon.

Avec M. Verneuil, je mettais cet effet sur le compte de la cauterisation que je pratique depuis 1886.

Mais ce qui est plus remarquable, c'est de voir une opération incomplète, je ne dis pas seulement partielle, comme celle que je viens de citer, avoir une influence si manifeste sur la santé générale.

Ce sont donc ces opérations partielles, c'est-à-dire bornées à l'épididyme, que je crois devoir, de par les faits, conseiller en pareil cas; elles me paraissent suffire; elles paraissent suffire même quand le canal déférent et la prostate sont purs, même quand l'état général est mauvais, que la marche de la lésion est aiguë ou subaiguë.

Je ne voudrais pas, toutefois, généraliser, et, en tout cas, je fais une exception pour ces cas rares de tuberculose totale de l'épididyme et du testicule simulant les tumeurs malignes du testicule, auxquels cas je fais la castration. Mais dans tous les autres cas, comme la tuberculose est une lésion presque exclusivement épididymaire, je me borne à attaquer l'épididyme.

Je le fais ainsi que je le disais, lors de la discussion de 1891, par des cauterisations profondes au fer rouge qui détruisent tout l'épididyme et qui peuvent détruire aussi une partie du testicule.

Les résultats que l'on obtient ainsi sont très bons, j'en citais un exemple tout à l'heure; je pourrais en citer bien d'autres.

Je fais une incision au thermocautère sur toute la hauteur de l'épididyme, je le découvre de tous côtés, puis je plonge, soit le couteau du thermocautère, soit des fers rouges dans l'intérieur de l'épididyme, ouvrant les foyers de ramollissement qui existent toujours en pareil cas.

Le fer rouge agit aussi en déterminant tout autour des points cauterisés des zones de cicatrice fibreuse, qui étouffent les foyers bacillaires dans les cas où il y en aurait.

Je n'ai jamais fait l'épididymectomie, mais je ne verrais aucun inconvénient à la pratiquer dans les cas de lésions très nettement circonscrites.

Quand les lésions très circonscrites ont une allure particulièrement torpide, je n'y touche pas.

Anévrisme artérioso-veineux de la cuisse; ouverture, ligature, guérison. — M. Routier présente un malade qu'il a opéré avec succès pour un anévrisme artérioso-veineux de la cuisse, consécutif à un traumatisme.

Ostéotomie. — M. Gérard-Marchant montre un malade de dix-huit ans, chez lequel il a pratiqué une ostéo-

tomie avec résection, pour corriger une attitude vicieuse de la main consécutive à une fracture survenue à l'âge de huit ans.

Résection du nerf maxillaire supérieur. — M. Gérard-Marchant présente un malade chez laquelle, pour une névralgie faciale, il a pratiqué la résection du nerf maxillaire supérieur. Il est survenu une très grande amélioration à la suite de l'opération.

M. Nélaton relate le cas d'un malade également atteint de névralgie du trijumeau et qu'il a fait électriser sur les conseils de M. Berger. La malade a guéri.

Gastrostomie. — M. Monod présente un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie par le procédé le plus simple, et chez lequel l'estomac est continent.

MM. Schwartz, Tuftier, Segond, Championnière sont d'avis que les procédés les plus simples sont les meilleurs et point n'est besoin d'avoir recours à des procédés très compliqués.

(A suivre).

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Avril 1899.

Deux cas de guérison de surdi-mutité hystérique. — M. Antony rapporte l'observation de deux militaires guéris d'une surdi-mutité hystérique qui avait un instant fait penser à la possibilité d'une lésion cérébrale grave.

La première guérison fut constatée chez l'un de ces malades (Italien de la légion étrangère), le 3 Avril au matin; l'autre malade, un Breton, ne recouvra l'usage de ses sens que le 24 Avril.

Les procédés employés furent identiques chez les deux, et comme il est interdit aux médecins militaires de se servir de l'hypnotisme, l'exposé de la méthode suivie ne saurait paraître superflue.

L'Italien était un homme fort intelligent; il fut astreint à un traitement électrique très régulièrement appliqué; tous les matins on le soumettait pendant quelques instants à l'action de l'électricité statique et des étincelles étaient tirées de la partie antérieure du cou. Puis on électrisait les oreilles, en plaçant le pôle positif sur la nuque et les rhéophores négatifs au niveau des oreilles; le courant galvanique fut progressivement porté jusqu'à 15 milliampères. Il importe d'ajouter que cette thérapeutique fut, au début, absolument sans effet; elle ne donna de résultats qu'ultérieurement et au fur et à mesure des progrès réalisés par la rééducation du malade.

Après plusieurs séances, le sujet parvint à prononcer les lettres *a* et *o* à voix basse; quand toutes les lettres furent sues, on passa à la prononciation des syllabes; ces progrès acquis, on commença l'éducation de l'ouïe; mais on se heurta au début à une mauvaise grâce évidente; on persista néanmoins, et, après plusieurs séances, le malade parut ressentir une impression analogue à celle d'un souffle, puis comme des vibrations; enfin, les progrès furent plus rapides, et, au bout d'une dizaine de jours, il fut à même de répéter des mots de deux syllabes. Quelques jours plus tard, le 3 Avril, le malade recouvra toute la mémoire et désormais il entendit et parla sans difficulté.

L'histoire de l'autre sujet est très analogue à la précédente; il fut, lui aussi, traité par l'électricité et les leçons de prononciation.

(A suivre).

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

28 Avril 1899.

Note complémentaire sur un cas de lymphadénome du testicule. — M. Milian a fait de nouvelles coupes (sans inclusion) de la tumeur du testicule présentée par M. Morestin à la précédente séance. Il n'y a aucun doute sur la nature de cette tumeur: il s'agit bien d'un lymphadénome. Le réticulum y est d'une netteté indiscutable. Le développement néoplasique se fait dans l'interstice des tubes séminifères. Lorsque ceux-ci persistent, leur paroi s'hypertrophie et se transforme elle-même en tissu réticulé, tandis que la lumière reste perméable et que les cellules épithéliales régressent vers l'état embryonnaire.

Péritonite par perforation typhique. — MM. Huchard et Paul Guéniot présentent l'intestin d'une femme morte de péritonite diffuse, par perforation unique survenue en pleine défervescence d'une fièvre typhoïde. La malade ressentit une douleur violente survenue brusquement et nettement localisée à la fosse iliaque droite, avec réaction musculaire à la palpation et élévation de température. Un chirurgien appelé ne se décida pas à intervenir.

Le lendemain, la douleur était diffusée à tout l'abdomen, le ventre légèrement ballonné, l'état général plus mauvais: il y avait diffusion de la péritonite. Le chirurgien ne se décida encore pas.

Le troisième jour, l'état était désespéré. Le malade succomba. On peut conclure de ce fait que le chirurgien ne doit pas se baser uniquement sur l'absence d'hypothermie pour révoquer en doute le diagnostic de perforation intestinale typhique. Il y a des perforations avec

élévation de la température. La brusquerie des accidents, la douleur, les vomissements, la petitesse du pouls, sont des éléments de diagnostic, peut-être aussi importants que, dans certains cas, l'abaissement de la température.

M. Cornil relève l'apparition tardive de la perforation, et rapproche de cette observation un cas récent de perforation intestinale trouvée à l'autopsie d'un malade de M. Daleché, trois semaines après la fin clinique de la dothiéntérie.

Sténose pylorique. — MM. Apert et Monsseaux montrent un estomac atteint de dilatation considérable, avec sténose serrée du pylore. Cet orifice forme sur une longueur de 3 centimètres un conduit rigide à parois épaisses, ne laissant subsister qu'une lumière tortueuse de moins de un demi-centimètre de diamètre. L'histoire de la maladie révèle une femme cachectique au plus haut point, avec vomissements incoercibles, hématemèses, absence d'HCl dans les vomissements. Le diagnostic de cancer gastrique semblait indubitable. À l'autopsie, il est impossible par le seul examen macroscopique de dire s'il s'agit d'un cancer ou d'une simple hypertrophie scléreuse. L'examen microscopique a montré un tissu fibreux dense, infiltré de longs boyaux de cellules épithéliales, ayant bien les apparences de cellules cancéreuses. On peut, toutefois, se demander s'il ne s'agit pas d'inflammation chronique avec hyperplasie des glandes pyloriques et hypertrophie scléreuse des tuniques stomacales. Les chirurgiens ont enlevé par pylorotomie des lésions semblables, avec des survies assez prolongées pour qu'on puisse douter de la malignité du mal. Il ne faut donc pas se hâter d'affirmer la nature cancéreuse de semblables lésions.

M. Cornil fait remarquer que, sur les préparations, les boyaux épithéliaux pénétraient entre les faisceaux musculaires, et que par conséquent le cancer n'est pas douteux.

Hypertrophie saturnine des parotides. — M. Apert a examiné chimiquement et histologiquement une parotide hypertrophiée, recueillie à l'autopsie d'un peintre en bâtiments profondément atteint par le saturnisme. Cette glande pesait près du double du poids normal. La recherche du plomb par la réaction des iodures, après calcination et redissolution dans l'eau acidulée, a été négative, ce qu'explique l'ancienneté de la lésion. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une hypertrophie simple. Les cellules glandulaires ont leur structure normale; les canaux excréteurs sont en revanche atteints de catarrhe chronique, avec multiplication, aplatissement et desquamation de leurs cellules épithéliales.

Rupture d'une varice de la jambe; mort rapide par hémorragie. — M. Grillot rapporte l'observation d'un malade qui mourut rapidement, soigné à blanc, dix minutes après son entrée à Boucaut, à la suite de la rupture d'une varice sous-cutanée de la région malléolaire externe de la jambe gauche.

M. Letulle a fait l'autopsie et a trouvé, au fond d'une excoriation de la peau en cette région, une veine variqueuse rompue et béante. Les coupes histologiques montrent une symphyse de la paroi veineuse et de la peau au niveau de la saillie d'une veine variqueuse, de sorte que les lésions inflammatoires, si on les admet ici, sont réduites au minimum. Les autres veines superficielles du membre apparaissent distendues et leur paroi est très épaissie.

Enchondrome du genou. — MM. Potherat et Leuret présentent le genou d'une jeune femme à qui l'on a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une lésion évoluant lentement depuis quatre ans, caractérisée au début par une tumeur appliquée sur la face interne de l'extrémité supérieure du tibia et ayant envahi progressivement le creux poplité, semblant même faire corps avec les os de la région. On fit le diagnostic de sarcome.

Après l'opération, on voit qu'il s'agit de masses lobulées, respectant les os et les cartilages, faisant à la surface interne de la capsule articulaire des saillies mamelonnées, végétantes, blanchâtres.

La radiographie a donné un résultat négatif, mais il faut remarquer qu'on l'a faite dans le sens antéro-postérieur; peut-être que, pris latéralement, le genou aurait donné des épreuves plus décisives.

M. Cornil dit que l'on se trouve en présence d'un chondrome dont le point de départ a été le périoste, ou bien, ici, le ligament postérieur de l'articulation du genou. Il fait remarquer que ces tumeurs respectent toujours les surfaces articulaires recouvertes de cartilage, tandis qu'il végète sur la synoviale qui tapisse la capsule.

Phlegmon de la grande lèvres atteinte de cancer. — M. Morestin montre une petite tumeur de la vulve, qu'il a pu reconnaître et enlever après la cessation d'accidents phlegmoneux qui s'étaient propagés jusqu'à la paroi abdominale.

L'examen histologique, pratiqué par M. Milian, montre qu'il s'agit d'un épithéliome. Or, ces cancéroïdes sont rarement la porte d'entrée d'infections aiguës locales aussi étendues.

M. Cornil a remarqué que ces épithéliomes de la grande lèvres sont toujours tubulés et très superficiels, ne pénétrant pas sous la peau; ils peuvent même, lorsqu'ils sont larges et étendus, se cicatrifier en certains points.

M. Potherat, à l'appui de la possibilité de guérison partielle dont parle M. Cornil, cite le cas d'une femme qui portait une ulcération de la grande lèvre, guérie en apparence à la suite de cautérisations au fer rouge, récidivée, enlevée chirurgicalement et ne reparaisant pas depuis l'opération (6 mois); mais les ganglions de l'aîne sont en train de se cancériser.

Anomalies costales. — **M. Morestin** apporte une colonne vertébrale qui porte une 13^e paire de côtes, au niveau de la 1^{re} lombaire, et une autre colonne qui est flanquée d'une côte cervicale, unilatérale, ne comprimant pas le paquet vasculo-nerveux de la région.

Trépanation du canal rachidien pour luxation de la 6^e vertèbre cervicale sur la 7^e. — **M. Morestin** montre la colonne vertébrale d'un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, d'un lieu élevé, présenta des phénomènes moteurs et sensitifs du côté des membres et surtout des membres inférieurs.

L'ouverture du canal rachidien dans la portion cervicale permit de constater un hématorachis; le malade mourut le lendemain.

L'autopsie a révélé une luxation de la 6^e vertèbre cervicale sur la 7^e; celle-ci faisait dans le canal rachidien une saillie qui comprimait fortement la moelle.

M. Morestin rapproche de cette observation trois faits un peu analogues: un cas de diastasis des vertèbres du cou, déjà publié; un cas de luxation unilatérale de l'Atlas sur l'axis, guéri; et, enfin, un cas de fracture de l'axis, avec mobilité transversale et crépitation, également terminée par la guérison.

M. Potherat a aussi diagnostiqué, en s'aidant de la radiographie, un cas de luxation des vertèbres cervicales; l'arc vertébral postérieur ne comprimant pas la moelle, on n'est pas intervenu chirurgicalement.

Cancer de la vulve. — **M^{me} Pilliet** présente une tumeur de la vulve opérée, il y a six ans, et récidivée. Lors de la première intervention, l'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, avait décelé un épithéliome tubulé. La récidive s'est fait attendre longtemps, et actuellement les ganglions de l'aîne ne sont pas encore intéressés.

Enfin on remarque une inoculation cancéreuse, sous la forme d'une petite tumeur à la lèvre du côté opposé.

V. Guffroy.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

14 Avril 1899.

Un procédé simple d'acoumétrie. — **M. Pierre Bonnier** propose l'emploi de mensurations acoumétiques évaluées en secondes et prenant pour point de départ le moment où un diapason vibrant cesse de donner une image strisée quand on le déplace parallèlement à lui-même. Les valeurs acoumétiques positives ou négatives ainsi obtenues donnent la capacité auditive, tant pour l'audition crânienne que pour l'aérienne, et leurs rapports permettent une analyse clinique supérieure à celle des épreuves de Weber, de Rinne et de Schwabach.

Lampe électrique pour l'examen des sinus frontaux. — **M. Francis Furet.** De la même source lumineuse partent deux tiges de verre destinées à éclairer à la fois les deux sinus frontaux. On peut se rendre compte ainsi par comparaison immédiate, de l'inégalité de transparence qui peut exister entre les deux côtés.

Périostite externe de l'apophyse. — **M. Ménière** a lu un travail sur ce cas, guéri rapidement en trois séances par les pulvérisations d'ipilésine iodofornée (procédé de M. Guillemeth).

Sur la diplacousie. — **M. Castex.** Il arrive que, dans certains états morbides de l'oreille, le sujet, au lieu de percevoir semblablement à droite et à gauche, entend deux sons différents. Je viens d'observer deux cas de cette diplacousie. Il s'agissait de sclérose tympano-labyrinthique chez deux hommes âgés. Il y avait un écart d'un demi-ton entre les notes perçues par chaque oreille, si je présentais le diapason au méat; mais la note était unique avec le diapason vertex. D'autres cas de diplacousie ont été mentionnés dans les hémorragies tympaniques, dans des catarrhes tubo-tympaniques, et l'écart a pu être d'une octave.

Me fondant sur un grand nombre de cas où l'oreille moyenne est en cause, sur l'unité de la note quand on procède par la voie osseuse, je pense que l'appareil de transmission doit être surtout incriminé dans les faits de diplacousie. La chaîne des osselets, alourdie par les lésions pathologiques, vibre plus lentement dans une oreille que dans l'autre, d'où l'écart qui peut être harmonique ou disharmonique.

Infection amygdalienne réveillée par le morcellement. — **M. Castex.** Après une intervention sur l'amygdale apparaît souvent une pseudo-membrane blanche sans inconvénients; mais quelques cas peuvent être plus graves. Je viens de le constater sur un petit garçon de sept ans. Un mois avant mon intervention, il avait eu une amygdalite blanche (staphylocoques, streptocoques, mais pas de Löffler). Après une désinfection locale prolongée (solution de résorcine à 1/100), je pratique le morcellement. Rien de particulier pendant les

deux premiers jours; mais, au troisième, douleurs amygdaliennes aiguës, avec une température de 39° 8. Je fais insister sur les irrigations antiseptiques. Tout cède; mais dans la journée, une urticaire apparaît aux cuisses et au dos. L'examen (à l'Institut Pasteur) montre les mêmes espèces microbiennes que la première fois. On peut en conclure que :

1° Il peut y avoir un microbisme latent dans des amygdales en apparence stérilisées;

2° Le traumatisme opératoire peut exalter la virulence de ces microbes;

3° La désinfection gutturale avant et après l'opération est des plus importantes.

Premier cas de mastoïdite de Bezold observée chez le nouveau-né. — **M. M. Lermoyez.** La mastoïdite de Bezold vraie n'a encore jamais été observée au-dessous de dix ans. Cela résulte, non pas du hasard des statistiques, mais dérive naturellement des dispositions anatomiques qui président au développement de cette complication. Pour que la perforation bezoldique se produise, il faut non seulement que l'apophyse mastoïde soit pneumatique dans toute son étendue, mais encore qu'elle présente une paroi éminemment mince au niveau de la face interne de sa pointe, dans la rainure du digastrique.

Or, chez les nouveau-nés, l'antre mastoïdien seul existe; il n'y a ni cellules mastoïdiennes, ni même d'apophyse mastoïde; celle-ci n'a complètement paru que vers trois ans. Aussi a-t-on pu affirmer qu'il y a « incompatibilité anatomique entre le temporal du jeune enfant et la perforation bezoldique ».

Tôt ou tard la clinique devait donner un démenti à une affirmation aussi intransigeante. On a, en effet, trop schématisé la base anatomique qui lui sert de point d'appui. De très bonne heure, certains temporaux infantiles peuvent être creusés d'un large système cellulaire et peuvent ainsi être prédisposés à la mastoïdite de Bezold; c'est ce que démontre le cas suivant, encore unique.

Un nourrisson de deux mois et demi est amené dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine avec une otite aiguë purulente datant de trois semaines; il présente, en outre, un empatement fluctuant de la partie latérale du cou, du même côté; la pression exercée sur cette tuméfaction fait refluer abondamment du pus par le conduit. Séance tenante, j'opère cet enfant et trouve un abcès sous-rétro-mastoïdien, sis en dedans de l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien et communiquant avec la cavité mastoïdienne, pleine de pus et de séquestres, par une perforation spontanée sise en dedans de la pointe de la mastoïde, cavité qui, d'ailleurs, communique elle-même largement avec l'antre mastoïdien. Je fais sauter toute la pointe de l'apophyse; évide largement les cellules et l'antre. Six semaines après, la guérison était complète.

Malgré le tout jeune âge de mon malade, la mastoïdite de Bezold ne peut être ici contestée. Elle se caractérise par le siège classique du foyer purulent sous-rétro-mastoïdien et par le lieu de la perforation osseuse, sise en dedans de la pointe dans la rainure du digastrique. Elle était d'ailleurs favorisée par une anomalie très rare de développement de ce temporal, qui présentait une apophyse mastoïde très saillante et creusée d'un vaste système lacunaire. Rien d'étonnant donc à ce qu'un nouveau-né, qui offrirait une véritable apophyse mastoïde sénile, ait pu faire une suppuration mastoïdienne dont le mode se voit surtout dans un âge avancé.

Un corps étranger (épingle) du larynx. — **M. Léon Egger.** C'est l'observation d'une femme de soixante-six ans, laquelle avala, à son dîner, une épingle qui se trouvait enrobée dans de la mie de pain. En voulant la retirer, elle l'enfonça légèrement dans l'amygdale droite. Un vomitif administré par le pharmacien déplaça l'épingle et la malade sentit aussitôt après une douleur vive dans la région du cou.

À l'examen, on est frappé de la tolérance extraordinaire de la malade.

Rougeur peu marquée des piliers droits et de l'amygdale du même côté, langue normale à part une légère rougeur dans la valécule droite; au milieu de cette région, on aperçoit un petit trait noir de la longueur de 2 millimètres au plus.

Sans cocainisation, je pus déterminer la position de l'épingle (pointe dirigée en arrière et en dehors) et extraire sans difficulté le corps du délit. L'incident n'eut pas d'autre suite pour la malade.

Tableau statistique de 169 autopsies de sinus de la face; rapports des empyèmes de ces sinus avec les maladies générales. — **M. Pierre Lapalt** (de Pau). Sur 169 autopsies des divers sinus à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), l'auteur a rencontré 35 empyèmes, qui peuvent se répartir de la façon suivante: 48 sinusites maxillaires; 19 sinusites sphénoïdales; 6 ethmoïdales et 5 frontales. Le total de ces sinusites est supérieur à 55 à cause des diverses sinusites combinées. Quant au rapport des affections des sinus avec les maladies générales, il a été trouvé que les maladies où les sinusites se rencontraient le plus fréquemment étaient :

1° Les maladies pulmonaires aiguës; 2° la tuberculose pulmonaire ou méningée; 3° le cancer, principalement de l'estomac et de l'intestin; 4° les maladies du cœur; 5° les affections du cerveau; 6° les maladies des reins.

Recherche de la simulation de la surdité unilatérale à l'aide du diapason. — **M. A. Courtade.** Si on fait entendre un diapason près des orifices des deux otoscopes fixés à l'oreille, la sensation auditive est égale pour les deux oreilles; mais si on vient à presser entre les doigts l'un des otoscopes, le son est interrompu pour l'oreille correspondante et le sujet discerne facilement que le son lui parvient par l'oreille opposée. Si, au lieu d'un diapason aigu on se sert d'un diapason grave, il est très difficile, surtout quand les vibrations ne sont pas très fortes, de reconnaître par quelle oreille arrive le son.

Pour appliquer cette donnée à la recherche de la simulation de la surdité, on peut se servir d'un diapason qui donne le *do*. On adapte à chaque oreille du sujet un otoscope ou un tube en caoutchouc de 60 à 80 centimètres de longueur et, près des ouvertures libres des otoscopes, on fait vibrer le diapason; graduellement, on pince entre les doigts le tube correspondant à l'oreille saine et on interrompt ainsi l'audition de ce côté à l'insu du simulateur. Si celui-ci continue à percevoir un son, c'est qu'il lui arrive par l'oreille accusée d'être sourde.

On peut ainsi, avec cette méthode, déceler la simulation et même mesurer le degré d'audition de l'oreille considérée comme mauvaise.

Si on se sert d'un diapason à états ou mesures, on ne doit pas oublier que plus les états sont fixés près de l'extrémité des branches, plus la note est basse, plus la durée de perception de chaque note varie, et qu'on doit déterminer à l'avance cette durée pour une oreille normale; qu'en frappant un gros diapason avec un corps dur, on lui fait donner, non la note fondamentale, mais la même note à deux ou trois octaves au-dessus.

Présentation d'un appareil à inhalation. — **M. P. Lacroix.** L'appareil présenté par l'auteur à la Société de laryngologie permet d'inhaler certains principes volatilisables avec un maximum d'action et sans fatigue pour le malade, qui peut ainsi prolonger longtemps l'inhalation.

L'éprouvette qui renferme les agents médicamenteux (menthol, essence) est fermée par un bouchon et repose dans un autre vase contenant de l'eau entre 50° et 100°. Ainsi, les agents inhalables, en général, peu volatils à froid, se trouvent portés à une température de 50° à 100°, sans subir eux-mêmes aucune manipulation ce qui leur donne un maximum d'action et de concentration.

Grâce à une soufflerie chassant de l'air dans l'éprouvette, et de là dans une embouchure, l'inhalation se fait sans effort.

Nouvel insufflateur de poudre pour les cavités accessoires du nez. — **M. Lichtwitz** (de Bordeaux). L'auteur a imaginé un petit appareil très commode et puissant qui se compose d'un tube recourbé situé au milieu d'une ampoule démontable garnie de la quantité de la poudre que l'on veut insuffler. L'air qui arrive par le tube recourbé au moyen d'une poire provoque un tourbillon puissant qui refoule la poudre en totalité dans la canule et de là dans le sinus. La forme de la canule diffère suivant le sinus où l'on veut insuffler la poudre.

MM. Lichtwitz et Sabrazès rapportent une observation d'angine à bacilles fusiformes de Vincent.

SAINT-HILAIRE.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

11 Avril 1899.

Considérations sur l'étiologie d'un cas d'irido-choroïdite. — **M. A. Terson.** Le malade dont il s'agit est un homme de trente ans, qui présentait dans un œil des lésions de chorio-rétinite pigmentaire alors que l'autre œil était emmétrope et normal. Ces lésions paraissent remonter aux premières années où l'œil était amblyope. Au cours d'une traversée en mer, ce malade fut violemment mouillé et resta plusieurs heures sans pouvoir se réchauffer. Le soir même du refroidissement, l'œil atteint de chorio-rétinite ancienne s'enflamma et devenait le siège d'une irido-choroïdite suraiguë avec perte de l'œil, en une semaine, par décollement de la rétine et atrophie progressive du globe. L'autre œil reste normal. Ce cas est donc un exemple de l'influence du refroidissement sur un œil de moindre résistance, qui, toutefois, n'avait jamais présenté d'inflammation apparente. Dans une foule de cas où le malade est endo-infecté, ce sont les causes occasionnelles, surmenage, traumatisme, refroidissement, etc., qui appellent sur les yeux l'inflammation.

A propos de deux cas de névrite rétro-bulbaire. — **M. Valude.** Le premier cas est une observation de névrite rétro-bulbaire rhumatismale aiguë chez un malade âgé de quarante-trois ans, survenue cinq jours auparavant et se traduisant par un trouble considérable de la vision sans phénomènes douloureux dans l'œil ou dans la tête. Les papilles étaient normales. À l'examen fonctionnel, on constatait un scotome très étendu avec acuité visuelle réduite à 0 et achromatisme complète. Les lésions ophtalmoscopiques ne sont devenues manifestes que dix jours plus tard, et, à ce moment-là, la vision commençait à s'améliorer. L'examen du fond de l'œil montre à droite une névrite optique très manifeste

avec œdème papillaire et ischémie de la rétine au niveau de la macula. Les mouvements de l'œil sont devenus un peu douloureux, surtout le mouvement d'élevation. Six semaines après le début de l'affection névritique, l'acuité visuelle était redevenue normale.

Quant au second fait, il a traité à une malade de trente-cinq ans, syphilitique, qui présente une paralysie partielle de la 3^e paire du côté droit avec névrite optique de l'œil gauche. Il existe une névrite œdémateuse très accusée avec des hémorragies diffusées sur la papille et au pourtour de la papille le long des vaisseaux principaux.

L'acuité visuelle est considérablement réduite et le champ visuel est restreint à une partie périphérique. On constate ultérieurement que la malade ne perçoit aucune odeur ni à droite ni à gauche, et qu'il y a une légère diminution de la sensibilité tactile de la narine gauche et de la conjonctive des deux yeux. A la névrite œdémateuse succède une atrophie de la papille et des vaisseaux, et, malgré le traitement, l'acuité visuelle ne s'améliore pas. Valude pense que sa malade a présenté une périoste syphilitique siégeant dans le canal optique gauche.

Traitement des affections lacrymales par les sondes au protargol. — M. Antonelli. Le protargol, qui a donné de bons résultats en solution pour les injections lacrymales, agit encore mieux si on le laisse en contact avec la muqueuse. Cette condition est bien remplie par des sondes de gélatine au 50 pour 100 de protargol (calibre 3 ou 4 de Bowman et longueur de 3 à 4 centimètres) que l'on peut facilement glisser immédiatement après avoir retiré la sonde métallique n° 5 ou 6. Dans les cas de dacryocystite chronique avec ou sans ectasie du sac, dans quelques cas d'affection lacrymale avec kératite à hypopion chez des oséneux, dans un cas de trachome bilatéral des voies lacrymales et dans quelques cas de phlegmon du sac, M. Antonelli en a obtenu de très bons résultats.

Une nouvelle forme de l'œil artificiel. — M. Sulzer. La forme de l'œil artificiel n'a pas varié depuis plus de deux siècles, et toutes les recherches pour perfectionner la prothèse oculaire ont porté jusqu'à ces derniers temps sur les procédés d'énucléation ou sur la réalisation de moignons mobiles. Suellen (d'Utrecht) a eu l'ingénieuse idée de faire modifier l'œil artificiel et de fermer la cavité de l'œil de verre par une paroi légèrement concave destinée à adhérer au fond du cul-de-sac. Il fait disparaître ainsi les bords minces, cause d'irritation mécanique, et la rétention de la sécrétion. Ces yeux, insérés dans l'orbite vide, présentent en outre une mobilité meilleure que les yeux ordinaires. J'ai eu l'occasion de faire porter un de ces yeux par une malade qui ne supportait que fort difficilement la forme ordinaire et qui supporte parfaitement la forme nouvelle. La mobilité est de 10° à 15° supérieure à ce qu'elle était avec l'ancienne prothèse.

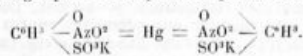
V. MORAX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

24 Avril 1899.

Le phénégol, nouvel antiseptique général. — M. Gautrelet. Lorsqu'on nitrose les dérivés parasulfonés des phénols en général, on arrive assez facilement à leur faire absorber une quantité de mercure égale à un demi-équivalent par équivalent de phénol primitif. Les corps ainsi obtenus que nous dénommons *égols* d'une façon générale et *phénégol*, *créségol*, *thymégol* d'une façon particulière, sont des composés organiques paradoxaux de mercure, en ce sens qu'ils n'offrent aucune des réactions chimiques ni physiologiques de leurs composants.

Le phénégol peut être représenté par la formule



C'est une poudre rouge brune, soluble dans l'eau froide en toutes proportions, sans saveur ni odeur, non caustique ni irritante. Elle ne coagule pas les albumines, précipite les toxines, n'est pas décomposée par les matières organiques. Sa toxicité est à peu près nulle, seulement de 2 grammes par kilogramme de poids. Son élimination est rapide et sa valeur bactéricide grande, car, à 4 pour 1.000, le phénégol maintient les bouillons stériles ou stérilise toutes les cultures auxquelles il est ajouté.

M. Verchère. Les qualités de ces produits antiseptiques à 4 pour 1000, non caustiques, non toxiques, n'attaquant pas les métaux et pouvant, par conséquent, servir à l'antisepsie des instruments, seraient très précieuses.

M. Berthod. Ces produits ont-ils été employés en injections sous-cutanées ?

M. Gautrelet. Des animaux injectés n'ont nullement été incommodés.

M. Verchère. Le mercure a-t-il été retrouvé dans les urines ?

M. Gautrelet. Il n'a pas été cherché, mais il ne doit pas y exister, puisque ces corps sont très stables et qu'il faut, pour les décomposer, les chauffer à 400° avec de l'acide chlorhydrique et du carbonate de potasse. Le mercure n'est qu'un des composants de ces corps. Leur

propriété antiseptique n'est pas due au mercure : ils sont très stables et le mercure ne se dégage pas de sa combinaison. Ils sont antiseptiques par eux-mêmes.

M. Boymond. Combien entre-t-il de mercure dans la combinaison ?

M. Gautrelet. Environ 33 pour 100.

M. de Ransse. Une association médicamenteuse ne peut-elle mettre en liberté le mercure et rendre le produit toxique ?

M. Gautrelet. C'est impossible : ces produits sont très stables. D'ailleurs, des recherches physiologiques, au point de vue de leur action sur les tissus et les organes des animaux, sont à l'étude. J'ai voulu seulement signaler aujourd'hui que ces corps sont d'excellents antiseptiques, non caustiques, non toxiques et n'attaquant pas les métaux.

A propos des voyages d'études aux eaux minérales. — M. Berthod demande à M. de Ransse des renseignements à ce sujet.

M. de Ransse confirme les indications qui ont été données dans *La Presse Médicale*. Le Comité, dont M. Carron de la Carrière est le secrétaire général, a l'intention d'organiser la première excursion au mois de Septembre prochain et de visiter les stations du centre. Le professeur Landouzy dirigera ce voyage, et, selon l'habitude qu'il a prise depuis longtemps, donnera à ses élèves des leçons de choses ; il fera lui-même dans chaque station une conférence sur les applications thérapeutiques de cette station.

DEPIERRES.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Mars et Avril 1899.

La galvanisation cérébrale. — M. Leduc (de Nantes). — Le cerveau est accessible au courant galvanique, à condition d'employer des électrodes de grande surface, qu'on applique ainsi : l'électrode indifférente sera placée sur le dos ou sur l'épigastre ; l'électrode active sera fixée sur le front.

On observe des effets polaires analogues à l'électrotonus des nerfs moteurs et sensoriels. La galvanisation négative détermine une augmentation de l'activité cérébrale, la galvanisation positive produit une diminution.

La galvanisation cérébrale négative a pour action régulière et constante de dissiper les effets du surmenage intellectuel ; elle fait disparaître la fatigue cérébrale, rend les idées plus claires, le travail plus facile.

La galvanisation semble devoir être utile dans presque toutes les maladies cérébrales.

Présentations d'instruments. — M. Gaiffe présente un appareil faradique à bobine oscillante donnant des courants d'intervalle rythmiquement variable, système de M. Truchot, modèle Gaiffe et C^o.

Ce nouveau modèle se compose d'un appareil d'induction à chariot, à bobines mobiles mues par un système de mouvement alternatif commandé par un moteur électrique. Les courants induits sont envoyés au malade suivant un rythme qui permet d'obtenir des contractions sans fatiguer les muscles et en laissant un intervalle de repos entre chaque excitation.

Un système de rhéostats permet de varier la fréquence du rythme et la puissance du courant à son maximum.

M. Drault présente une machine statique genre Wimshurst à quatre plateaux pour radiographie.

D. LABRE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ILES BRITANNIQUES

Société pathologique de Londres.

21 Mars 1899.

De la toxicité des urines. — M. Herringham apporte le résultat d'une série d'expériences qu'il a entreprises pour déterminer lequel des éléments de l'urine donne à ce liquide ses propriétés toxiques. Qu'on injecte, en effet, des quantités excessives d'urine, d'acide urique, etc., on n'arrive pas à produire les symptômes urémiques. D'où la théorie qui veut que ces symptômes soient dus à la formation d'un poison nouveau dans l'urine non excrétée. Or les expériences de Feltz et Ritter, en France, d'Astaschevsky, en Russie, attribuent à la potasse la toxicité de l'urine. Leur théorie a été combattue par Bouchard, qui soutient qu'il y a au moins sept poisons dans l'urine, mais qui demandent à agir simultanément pour déterminer un effet toxique. Les expériences de l'auteur ont eu pour but de démontrer que l'agent toxique, c'est la potasse et la potasse seule. Les urines injectées ont toutes été soumises à l'analyse quantitative et l'intensité des phénomènes d'intoxication a varié en proportion directe de la quantité de potasse contenue dans l'urine employée, la proportion des autres éléments restant sans influence aucune. Les symptômes présentés par les animaux injectés étaient de la somnolence, du myosis, abaissement de la pression sanguine par insuffisance cardiaque, ralentissement et difficulté de la respiration, hypothermie, finalement

convulsions et mort. La moindre toxicité des urines nocturnes est due à ce qu'elles contiennent une moindre proportion de potasse.

Enfin, l'auteur insiste sur ce fait qu'il existe de très grandes variations individuelles dans la résistance de l'organisme au poison urinaire.

M. Bradford, contrairement à l'opinion de Bouchard, a trouvé que, dans l'urémie aiguë, les urines sécrétées sont toxiques, de même, d'ailleurs, que le sang. Il pense que l'urémie n'est pas due seulement à la rétention dans l'organisme de l'urine normale ; il doit se produire des décompositions secondaires amenant la formation de substances toxiques.

Tumeurs épithéliales de la région frontale. — M. Crocker relate l'observation d'une fille de dix ans, qui présentait sur le front de nombreuses petites grosseurs d'un volume variant de celui d'un grain de mil à celui d'un pois ; elles avaient fait leur apparition peu après la naissance. On avait extirpé deux des plus volumineuses, après quoi les autres avaient diminué ; mais depuis, il en est apparu de nouvelles. Histologiquement, on note la disposition glandulaire des cellules épithéliales ; les tumeurs ont pris naissance dans les conduits des glandes sudoripares et dans les follicules pileux. Cliniquement, ce sont des tumeurs bénignes. La petite malade avait reçu un coup violent sur le front ; le traumatisme a probablement joué le rôle de cause occasionnelle.

Syphilis diffuse du foie. — M. Weber présente des coupes faites dans le foie d'un homme de quarante-sept ans, atteint de lésions syphilitiques tertiaires avancées dans les testicules, et qui avait succombé à une hémorragie cérébrale. Le foie est gros ; il ne présente ni des gommes, ni des cicatrices consécutives à des gommes, mais il est le siège d'une dégénérescence fibreuse généralisée.

Le microscope montre que cette dégénérescence est due à un processus cirrhotique péricellulaire ou péricapillaire, qui est plutôt le fait de la syphilis héréditaire. Les lésions sont le moins marquées dans les espaces portes, ce qui semblerait indiquer que l'infection du foie s'est faite par les mêmes branches de l'artère hépatique.

4 Avril 1899.

Kyste congénital de la langue. — M. Johnson montre une pièce anatomique provenant d'un enfant qu'on avait dû trachéotomiser, l'épiglotte étant rabattue et fixée sur le larynx par un kyste développé sur la face dorsale de la langue. L'enfant mourut une semaine après l'opération.

Le kyste était situé sur la ligne médiane, immédiatement en arrière des papilles calliciformes ; au microscope, on voyait sa paroi interne tapissée d'un épithélium pavimenteux. L'auteur pense que le kyste s'est développé aux dépens de la paroi du conduit lingual (partie supérieure du canal thyroïdienne).

Maladie kystique de la mamelle chez un enfant.

— M. d'Arcy Power présente le sein d'un enfant de trois ans mesurant 4 centimètres dans son plus grand diamètre et atteint des lésions suivantes : la peau et le mamelon sont normaux ainsi que la couche superficielle de la graisse sous-cutanée ; à sa partie profonde cette dernière présente plusieurs petits kystes à paroi mince dont le plus gros a un diamètre de 2 cent. 1/2. Tous les kystes contiennent un liquide clair et jaunâtre. L'enfant s'était toujours bien porté. Il y a dix-huit mois, la mère s'était aperçue que le sein gauche augmentait plus rapidement que le droit ; il n'avait jamais été douloureux et il ne s'était pas produit d'écoulement par le mamelon. A la palpation, on sentait une petite grosseur, fluctuante, non adhérente à la peau, sans limites précises, non douloureuse. L'auteur fait le diagnostic anatomique de lymphangiome kystique à point de départ dans le tissu conjonctif rétro-mammaire.

Hypertrophie du corps pituitaire sans acromégalie. — M. Lawrence relate l'observation d'un homme de cinquante-deux ans qui, depuis six ans, présentait du rétrécissement du champ visuel, de l'embaras de la parole et de l'ataxie, mais sans symptômes d'acromégalie. A l'autopsie, on trouva le corps pituitaire hypertrophié (33 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur) et le chiasma des nerfs optiques aminci et étiré. Au microscope, on voit de fines trabécules contenant dans leurs mailles des cellules polygonales.

Lésions des capsules surrénales dans l'aliénation mentale. — M. Beadles a récemment observé, chez une aliénée de quarante-sept ans, une abondante hémorragie d'une capsule surrénale. La malade était morte dans le collapsus. En compulsant les observations d'autopsie chez les aliénés, il a trouvé 4 cas semblables. Les capsules surrénales sont, parfois, le siège de processus atrophiques ou inflammatoires chez les aliénés, qui, en général, ne présentent de ce chef aucun symptôme ; la maladie d'Addison est rare ainsi que les néoplasmes malins des organes en question.

Lithiase biliaire chez les enfants. — M. Still rapporte trois observations de lithiase biliaire chez des enfants. Dans la première, celle d'un enfant de neuf mois, il avait noté des vomissements, des selles argileuses sans icteré, sans douleur.

A l'autopsie (la mort étant due à une autre cause),

il trouva 11 petits calculs, noirâtres et friables, dont 3 étaient enclavés dans le cholédoque. La seconde malade, âgée de huit mois, succomba à une méningite tuberculeuse. Pas d'ictère ni de douleurs abdominales. Il y avait 3 petits calculs de pigment dans la vésicule. Le troisième enfant présentait les mêmes symptômes avec, en plus, des douleurs abdominales. L'auteur a pu réunir dix observations semblables; dans quelques cas, on a trouvé des calculs dans les selles; souvent on a noté des douleurs et de l'ictère; mais les enfants souffrent beaucoup plus souvent de coliques néphrétiques. Les calculs biliaires peuvent se former durant la vie intra-utérine et la viscosité de la bile chez les enfants, qui amène facilement la stagnation de ce liquide, ne doit pas être étrangère à cette formation.

Institut médical de Liverpool.

23 Mars 1899.

Leucémie aiguë. — M. Ross relate l'observation d'une femme de vingt-sept ans, primipare, sans antécédents paludiques ni diathèse hémorragique, qui, cinq semaines après son accouchement, assiste à l'écllosion des premiers symptômes. La maladie fait de rapides progrès et tue la malade en vingt-cinq jours.

Les traits saillants de cette observation sont les suivants : la marche extrêmement rapide de la maladie, l'abondance des leucocytes, plus nombreux que les globules rouges, l'absence d'hémorragies, l'absence de fièvre, enfin, l'extraordinaire rapidité de la cachexie qui, en quatre jours, réduisit une femme très bien constituée, ayant de l'embonpoint, à l'état de squelette.

XVII^e CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Carlsbad du 11 au 14 Avril 1899.

(Suite).

Insuffisance du myocarde. M. Schott (Nauheim) a étudié, principalement chez les enfants et les jeunes gens, l'influence du sport vélocipédique sur le cœur. Il a constaté que, chaque fois que le bicycliste est aux prises avec des obstacles créés par les montées, le vent, etc., son cœur se dilate et cette dilatation se manifeste par la fréquence, la petitesse et les irrégularités du pouls.

M. Romberg (Leipzig) croit que les manifestations cliniques de l'insuffisance du myocarde ne sont pas l'expression d'un seul état pathologique envisagé au point de vue clinique et anatomique. Quant à l'insuffisance d'origine purement fonctionnelle, on ne doit l'admettre que si l'examen anatomique montre l'absence de toute lésion; mais d'un autre côté, il est certain que ces troubles acquièrent une importance considérable quand le cœur est déjà malade. Ces troubles fonctionnels peuvent s'observer non seulement à la suite du surmenage, mais encore consécutivement aux émotions, aux impressions psychiques violentes.

La faiblesse cardiaque des obèses tiendrait, d'après M. Romberg, au désaccord entre la masse énorme du cœur et la petitesse relative du cœur. La dégénérescence graisseuse et les infiltrations graisseuses du myocarde ne joueraient, sous ce rapport, qu'un rôle tout à fait secondaire.

Pour ce qui est des cœurs hypertrophiés, leur insuffisance se manifeste dans les mêmes circonstances que celle des cœurs normaux; la force de réserve est la même dans les deux cas, mais il va de soi que les cœurs hypertrophiés, qui reposent déjà sur une base pathologique, sont plus sensibles aux causes de l'insuffisance que les cœurs normaux.

M. von His (Leipzig) admet, avec Engelmann, que le muscle cardiaque présente, au point de vue de son innervation, trois propriétés : 1^o celle de produire des excitations automatiques dans des espaces de temps déterminés; 2^o celle de propager ces excitations; 3^o celle de réagir contre ces excitations par des contractions. Toutes ces facultés, indépendantes les unes des autres, se trouvent sous l'influence de certaines conditions propres au myocarde (état de nutrition, fatigue, température, etc.) et sous celle de nerfs extra-cardiaques. L'importance de ceux-ci est fournie par l'exemple du syndrome d'Adam-Stokes dans lequel l'origine centrale du ralentissement du pouls et de l'arrêt du cœur est prouvée par les autres symptômes de cette maladie (respiration de Cheyne-Stokes, contractures, dilatation des pupilles, etc.).

M. Quincke (Kiel) a constaté par la radioscopie que dans les contractions frustes, le cœur contient, pendant la diastole, la même quantité de sang qu'en cas de contractions normales; mais, par contre, la contraction systolique qui suit ne va pas jusqu'au bout et s'arrête jusqu'à ce que les cavités se remplissent de nouveau pendant la diastole suivante.

M. Pöhl (Saint-Petersbourg) a exposé ses recherches d'où il résulte que les substances qui amènent la fatigue du cœur appartiennent au groupe de xanthines. Ces substances qui se forment dans les cas où il existe une diminution des oxydations interstitielles (scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, etc.), amènent une auto-intoxication du cœur en s'accumulant dans cet organe.

Insuffisance mitrale d'origine fonctionnelle. — M. Winkler (Vienne) a fait des expériences pour établir l'origine des souffles cardiaques se produisant en dehors des lésions valvulaires, par modification de l'action des piliers. A cet effet, il passait dans le cœur des animaux des fils disposés de telle façon qu'ils traversaient les piliers sans toucher aux valves. Dans ces conditions, il suffisait de tirer sur les fils pour produire des souffles systoliques, quelquefois aussi des souffles diastoliques, et amener la regurgitation du sang du ventricule dans l'oreillette.

De l'emploi de la digitale dans les affections chroniques du cœur. — M. Grödel (Nauheim) emploie, dans les cardiopathies chroniques, la digitale, qu'il administre d'une façon continue à la dose de 5 à 10 centigrammes de poudre de feuilles. Ce traitement lui a particulièrement bien réussi dans les anciennes insuffisances mitrales et dans les myocardiites pures. Dans les autres affections valvulaires, ainsi que dans la néphrite et l'artério-sclérose, la digitale ne trouve son indication que dans des cas exceptionnels.

Ce mode d'administration de la digitale n'a jamais provoqué d'accoutumance ni d'effets d'accumulation. Il doit être interrompu lorsque, après plusieurs jours de traitement, on ne constate aucune action sur le cœur et la diurèse, et que, par contre, on voit apparaître de l'arythmie.

Recherches radiographiques sur le diamètre du cœur. — M. Levy-Dorn a exposé ses recherches radiographiques sur le diamètre oblique du cœur. D'un tableau qui est basé sur l'étude de 24 cas, il résulte que ce diamètre est 9 centimètres chez les individus dont la taille est de 1 m. 25; de 11 centimètres chez les individus dont la taille est de 1 m. 50 et de 12 centimètres chez les individus dont la taille mesure 1 m. 75. Ce diamètre est augmenté dans la cardiopathie.

Diagnostic et traitement des anévrysmes de l'aorte. — M. Schmidt (Francfort-sur-le-Mein) estime que le phénomène d'Oliver (pulsation du larynx) constitue un symptôme d'une grande importance qui, joint aux symptômes classiques des anévrysmes de l'aorte, permet d'en faire le diagnostic. La radiographie peut aider aussi à établir ce diagnostic.

Quant au traitement, on a beaucoup vanté l'iodure de potassium; mais il est douteux que ce médicament, qui n'a aucune action sur la coagulabilité du sang, puisse amener à lui seul la guérison. Par contre, la cure diététique de Tuffrier augmente assurément la coagulabilité du sang, à la condition que le malade ne prenne que 500 à 600 grammes de liquide par jour et cela pendant deux mois, et qu'en même temps il garde le repos au lit. Personnellement, M. Schmidt a obtenu de cette façon 8 guérisons; et dans 4 cas, la radiographie a permis de constater la réalité de cette guérison.

M. Haussmann (Berlin) n'a trouvé des lésions syphilitiques que dans 12 cas sur 64 autopsies d'individus ayant succombé aux anévrysmes de l'aorte. La syphilis n'est donc pas la seule cause des anévrysmes, qui s'observeraient du reste chez 3,43 pour 100 seulement de syphilitiques.

M. Senator (Berlin) estime qu'à côté de la syphilis, il faut encore compter, dans l'étiologie des anévrysmes, avec l'artério-sclérose. Dans un cas, M. Senator a employé avec succès les injections sous-cutanées de gélatine; après 4 injections, la tumeur a notablement diminué de volume.

M. von Schrötter a essayé, dans deux cas, et sans le moindre succès, les injections sous-cutanées de gélatine.

M. Unverricht s'élève contre les injections de gélatine, qui ont causé la mort chez un de ses malades.

XXVIII^e CONGRÈS

DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899.

(Suite).

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Hoffa (Würzburg) a constaté dans les cas qu'il a eu à traiter que la méthode de Lorenz réussit dans tous les cas, mais que les résultats obtenus de cette façon ne persistent pas longtemps. Sur 170 réductions que M. Hoffa a eu l'occasion de faire dans 127 cas de luxation de la hanche, il a employé, tantôt le procédé de Lorenz, tantôt celui de Schede, tantôt celui de Mikulicz.

La méthode de Lorenz, employée dans 64 cas, a donné les résultats suivants : dans 42 cas de luxation unilatérale chez des enfants au-dessous de six ans, la réduction complète a été obtenue dans tous les cas, mais le résultat ne s'est maintenu dans 4 cas; dans 25 cas il est survenu une transposition de la tête vers l'épine iliaque antérieure; dans 1 cas la luxation s'est produite; dans 1 cas l'enfant a succombé au milieu des convulsions survenues après la réduction. Dans tous ces cas, ainsi que dans d'autres, le résultat fonctionnel a été satisfaisant en ce sens que les enfants, tout en gardant un léger raccourcissement, ont pu marcher convenablement.

Les luxations bilatérales ont fourni des résultats moins satisfaisants. Jamais on n'a obtenu la réduction des

deux côtés; dans 4 cas on a obtenu la transposition d'un côté et la réduction de l'autre.

La méthode de Schede a été employée dans 20 cas, dont 6 de luxation bilatérale. Ici encore on a dû se contenter, dans la luxation bilatérale, de la transposition; et dans 1 cas, la luxation s'est reproduite.

La méthode de Mikulicz, employée dans 9 cas, a donné des résultats satisfaisants : 4 guérisons, 3 transpositions; deux cas sont encore en traitement. La méthode de Mikulicz semble donc particulièrement indiquée chez les jeunes enfants.

D'après M. Hoffa, les causes des insuccès des réductions tiennent au ligament rond qui repousse la tête, et à l'inclinaison de la cavité cotyloïde. Quant à la réduction sanglante, il croit qu'on ne doit y avoir recours qu'après avoir essayé les méthodes non sanglantes. Dans les luxations anciennes M. Hoffa emploie volontiers l'ostéotomie sous-trochantérienne.

M. Lorenz (Vienne) pose en principe que la réduction non sanglante ne doit être tentée que chez les enfants âgés de moins de dix ans en cas de luxation unilatérale, et de moins de huit ans en cas de luxation bilatérale. Autrement on s'expose à des accidents graves (gangrène du membre, fracture du bassin, fracture du fémur, paralysie, etc.), qu'il a eu l'occasion de constater plusieurs fois dans les 360 réductions non sanglantes qu'il a pratiquées. Sur ce nombre il a eu 3 cas de mort par choc survenus dix-huit à vingt-quatre heures après la réduction.

Quant aux résultats de la réduction non sanglante M. Lorenz a eu 22 insuccès ayant nécessité ultérieurement la réduction sanglante; dans 15 cas la luxation s'est reproduite sous le pansement. La reproduction de la luxation a encore été notée 24 fois sur 135 malades chez lesquels la réduction a été faite depuis plus d'un an. Sur ces 135 malades, les résultats anatomiques sont satisfaisants seulement dans la moitié des cas.

La réduction sanglante a été faite par M. Lorenz 260 fois; 4 malades ont succombé à la septicémie. Chez les autres, l'opération a le plus souvent donné lieu à une ankylose dont l'importance n'est pas grande dans la luxation unilatérale, mais qui prend les proportions d'un véritable malheur dans le cas de luxation bilatérale.

M. Petersen (Bonn) accepte les indications de M. Lorenz relativement à l'âge des enfants passibles de la réduction non sanglante. Sur 165 luxations dont 71 bilatérales, il a obtenu la réduction parfaite et définitive dans 8 cas de luxation unilatérale et dans 2 cas de luxation bilatérale. Le membre doit être fixé dans l'appareil, en abduction moyenne et en rotation en dedans. Dans les cas graves et anciens M. Petersen fait l'ostéotomie sous-trochantérienne.

M. Mikulicz (Breslau) présente une statistique personnelle portant sur plus de 100 cas, d'où il résulte qu'à côté des cas où la réduction se fait avec la plus grande facilité — et ce sont probablement des luxations produites pendant l'accouchement — il en existe d'autres où, après la réduction, la luxation se reproduit. Dans ces cas, il faut incriminer la capsule qui se plisse et s'interpose entre les surfaces articulaires.

Quant à l'ankylose qui se produit après la réduction sanglante, M. Mikulicz estime qu'on peut l'éviter en conservant le cartilage articulaire.

M. Heusner (Barmen) évalue à 10 pour 100 le nombre de cas dans lesquels la réduction non sanglante réussit d'emblée. Dans 30 à 50 pour 100 des cas, le même résultat peut être obtenu par un traitement prolongé pendant un temps suffisamment long. La transposition n'a aucune valeur au point de vue thérapeutique et peut être obtenue par un corset convenable.

M. Narrath (Utrecht) a observé 6 fois, dans 60 cas de réduction non sanglante, la production d'une hernie crurale dont la base très large se trouvait au niveau du ligament de Poupert et passait au-dessus des vaisseaux fémoraux. Dans deux cas, cette hernie s'est produite sous le pansement.

Laminectomie dans les paralysies spondylitiques. — M. Trendelenburg (Leipzig) a eu l'occasion d'intervenir par la laminectomie dans 8 cas de paralysie par spondylite. Trois des opérés ont complètement guéri, un presque complètement; un opéré a succombé huit mois après l'opération; chez un autre, l'opération n'a pas amené d'amélioration; trois malades sont encore en traitement. Ces résultats sont tout à fait remarquables si on les compare à ceux que fournit l'abstention, à savoir, une mortalité de 82 pour 100.

Dans les cas opérés par M. Trendelenburg, la paralysie a existé depuis au moins six mois, dans un cas depuis dix-sept ans. A l'opération, on a trouvé une fois un abcès, et dans les autres cas, des foyers caséux avec pachyméningite qui, dans 5 cas, avaient provoqué un rétrécissement considérable du canal vertébral. Les symptômes qu'on présentait ces malades étaient ceux de paralysie spasmodique avec troubles du côté de la vessie et du rectum.

Coxa vara d'origine traumatique. — M. Sprengel (Brunswick) a communiqué l'observation d'un garçon qui, à la suite d'un traumatisme, a présenté le tableau classique et les troubles fonctionnels de la coxa vara. La radiographie a permis de constater dans ce cas l'existence d'un décollement épiphysaire. Ce fait est intéressant au point de vue étiologique.

M. Hofmeister (Tubingue) a observé un cas analogue où la coxa vara a semblé se développer à la suite d'un traumatisme. L'examen de la pièce obtenue par la résection de la tête du fémur a confirmé l'existence d'une fracture, mais montrée en même temps une incurvation ancienne du col, si bien qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une fracture dans un cas ancien de coxa vara.

M. Hofmeister estime, en outre, que dans la coxa vara traumatique l'adduction et le raccourcissement sont moins accentués que dans la coxa vara spontanée.

M. Joachimsthal (Berlin) cite un cas de coxa vara survenu chez une fillette à la suite d'un traumatisme léger.

Ici encore, la radiographie montre l'existence d'un décollement épiphysaire.

M. Hoffa conseille de pratiquer, dans la coxa vara traumatique, l'ostéotomie sous-trochantérière.

M. Kocher (Berne) accepte cette opération pour les cas dans lesquels les mouvements de la hanche sont conservés; dans le cas contraire, il vaut mieux pratiquer la résection de la tête du fémur.

Tuberculose de la symphyse du pubis. — **M. von Büngner** (Hanau) a observé cette tuberculose chez une femme de cinquante-sept ans, chez laquelle l'affection a évolué avec les caractères qui ont été signalés dans ces cas relativement rares (névralgie inguinale, puis formation d'un abcès qui finit par s'ouvrir du côté du pubis et par se fistuliser). L'opération, qui a consisté dans la résection des parties malades, a montré les lésions classiques de l'ostéite tuberculeuse au niveau des deux pubis et des parties voisines.

Tuberculose miliaire et tuberculose osseuse. — **M. Benda** (Berlin) communique trois cas de tuberculose miliaire aiguë survenue chez des individus porteurs de lésions tuberculeuses des os. La propagation s'est faite par la voie hémotogène.

Microbisme latent. — **M. Schnitzler** a fait une série d'expériences relatives aux conditions de la persistance des microbes, à l'état latent, dans l'organisme. En injectant à des grenouilles des streptocoques, des pneumocoques, des bacilles pyocyaniques, etc., et en mettant ensuite les animaux à l'étuve, il a pu retrouver chez eux les microorganismes trente-cinq à quarante-deux jours après l'injection sans que ce séjour prolongé ait diminué leur virulence. Par contre, chez les grenouilles non soumises à des conditions artificielles (étuve), les microorganismes injectés disparaissent très rapidement. De même, chez un lapin, M. Schnitzler est arrivé à produire une ostéomyélite en lui fracturant l'humérus vingt-neuf jours après l'injection d'une culture staphylococcique.

Ce dernier fait expliquerait la pathogénie de certaines ostéomyélites à la suite d'un traumatisme. On peut supposer que les staphylocoques, jusqu'alors latents, pénètrent dans le foyer traumatique et provoquent l'ostéomyélite.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement prophylactique de la péricardite dans le rhumatisme articulaire aigu.

A la condition d'être convenablement administré, le salicylate de soude est, suivant M. Delcœur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, le médicament qui prévient le mieux l'apparition de la péricardite au cours du rhumatisme articulaire aigu. A cet effet, on doit l'administrer en se conformant aux règles suivantes.

La première est de prescrire ce médicament à haute dose dès l'apparition des douleurs articulaires. Chez l'adulte, on donnera donc 6 et même 8 grammes de salicylate dans les vingt-quatre heures; chez l'enfant, on prescrira 50 centigrammes à 1 gramme au-dessous d'un an, 2 grammes entre deux et cinq ans, 3 grammes vers l'âge de six ans, 3 à 4 grammes entre six et dix ans, 4 à 5 grammes au-dessus de cet âge.

La seconde règle est de fractionner les doses. Le salicylate de soude s'éliminant rapidement, il y a nécessité de le faire absorber à intervalles rapprochés afin de maintenir la saturation de l'organisme. Une prise de 4 gramme toutes les 3 ou 4 heures aboutit à ce résultat.

La troisième règle est de continuer le salicylate pendant une dizaine de jours, à dose moitié moindre (3 ou 4 grammes), après la disparition des douleurs articulaires. Ce précepte renferme toute la thérapeutique préventive de la péricardite rhumatismale puisque celle-ci ne se montre pas au début de la maladie et peut encore s'éveiller lorsque les poussées articulaires ont disparu.

Le salicylate de soude peut se donner en cachets de 1 gramme chacun, ou sous forme de potion aqueuse dans laquelle on fait entrer un édulcorant

ou une petite quantité de rhum ou de cognac. Par exemple :

Salicylate de soude	6 grammes
Cognac	10 —
Sirof de groseille	10 —
Eau distillée, Q. S. p. f.	150 —

A prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Enduit pour lubrifier les sondes urétrales.

Pour lubrifier les sondes avant le cathétérisme, M. Kraus recommande le mélange suivant :

Gomme adragante	2 gr. 50
Glycérine	10 grammes
Eau phéniquée	90 —

Mélez et triturez à froid.

Cette pommade est de couleur grisâtre; elle a la consistance du cold-cream et se dissout dans l'eau avec la plus grande facilité. Une sonde qui est recouverte de cet enduit et qu'on laisse sécher se nettoie, pour ainsi dire, toute seule par simple immersion dans l'eau tiède.

Il suffit d'enfoncer l'extrémité de la sonde dans la pommade pour que celle-ci s'étale d'elle-même sur toute la surface de l'instrument, au fur et à mesure qu'il pénètre dans le canal.

On peut se servir de la même préparation pour le toucher rectal ou vaginal.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Phosphite de créosote ou Phosphotal.

C'est un phosphite neutre de créosote, découvert et étudié par M. Ballard (*Thèse*, Montpellier, 1894). Mélange des éthers phosphoreux du gaiacol et des phénols qui constituent la créosote, il contient 90 pour 100 de créosote et environ 9 pour 100 de phosphore, sous forme d'acide phosphoreux.

C'est le plus actif et le plus rationnel des éthers de la créosote; en effet, ses principaux avantages se résument ainsi :

1° Sa fonction éther le prive de causticité;

2° Il est parfaitement toléré par l'organisme, et, même à doses élevées, il ne produit pas de troubles gastro-intestinaux. Un malade a pu prendre pendant trois ans, par la bouche, 5 grammes de phosphotal par jour sans le moindre trouble (Ballard);

3° Le radical phosphoré est utile au point de vue thérapeutique, ce qui n'a pas lieu pour le carbonate, le benzoate ou le cinnamate de créosote;

4° Le radical phosphoré agit effectivement grâce à la saponification complète du phosphotal et à son élimination par les urines et le poulmon.

Rien de semblable n'a lieu avec les phosphates de créosote ou de gaiacol, qui sont peu attaqués par le chimisme intestinal. En effet, d'après M. Fonzez Diacon (*Thèse*, Montpellier, 1897) :

1 gr. 20 de phosphotal pris par la voie rectale a permis de déceler dans l'urine des vingt-quatre heures la présence de 325 milligrammes de créosote; tandis qu'un gramme de phosphate de gaiacol pris dans les mêmes conditions n'a fourni, dans le même temps, que 3 centigrammes de gaiacol.

5° Le phosphotal n'est pas toxique (expériences de M. Vedel, *Montpellier Médical*, 1894).

FORMULES RECOMMANDÉES

Capsules Clin (à enveloppe mince de gluten), au phosphotal titrées à 20 centigrammes de produit pur par capsule.

Prendre 4 à 12 capsules par jour.

Emulsion Clin au phosphotal, contenant 50 centigrammes de phosphotal par cuillerée à café. Elle peut se prendre à la dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour dans un demi-verre de lait. On la prescrit de préférence en lavements (un par jour) préparés avec 2 cuillerées à café d'emulsion et un demi-verre de lait tiède.

LIVRES NOUVEAUX

Brun et Morax. — *Thérapeutique oculaire*. 1 vol. cartonné de 135 pages, avec 60 figures (Dois, éditeur, Paris, 1899).

Le *Traité de thérapeutique oculaire* de MM. Brun et Morax est divisé en deux parties. La première, qui est de beaucoup la plus courte, traite des généralités : pro-

phylaxie des affections contagieuses, aseptie et antiseptie, anesthésie. Ces différentes questions présentent, en effet, en chirurgie oculaire, nombre de particularités soigneusement étudiées dans cet ouvrage. Ainsi, prenons comme exemple la prophylaxie des maladies oculaires contagieuses. Ce sont toutes des affections externes des yeux; elles sont causées, pour la plupart, par des microbes très peu résistants; par conséquent, pas de danger de transmission tardive de ces affections par des vêtements ou des objets quelconques ni de transmission à distance par des poussières. En fait, la propagation se fait presque toujours par les mains, d'où quelques précautions très simples pour éviter leur contamination et en outre leurs lavages fréquents, lavages au savon, qu'il est inutile de faire suivre de l'application d'un antiseptique, en raison de la fragilité de ces microbes. On peut ainsi éviter très facilement la contagion dans les familles. A l'école, au contraire, les enfants atteints d'affections contagieuses des yeux doivent être rigoureusement exclus.

La seconde partie de ce manuel est consacrée à la thérapeutique spéciale des différentes affections de l'appareil visuel. Pour chaque affection, les auteurs rappellent d'abord d'une façon très brève ses principaux caractères et en donnent ensuite le traitement. Les procédés de diagnostic sont cependant étudiés avec détails pour quelques cas, par exemple le diagnostic bactériologique des conjonctivites et kératites. Ce diagnostic n'est pas fait dans les ouvrages classiques, et il a une grande importance thérapeutique. Sans parler de la conjonctivite diphtérique pour laquelle ce diagnostic est indispensable, la conjonctivite à diplobacilles sera traitée de préférence par le sulfate de zinc, tandis que la conjonctivite aiguë contagieuse sera plutôt traitée par le nitrate d'argent. De même pour les ulcères de la cornée à streptocoques et dans lequel ce dernier guérit par de simples lavages, l'atropine et l'occlusion, le premier nécessite un traitement beaucoup plus énergique. Quant aux procédés thérapeutiques, les auteurs se sont bornés à donner seulement les plus pratiques et ceux qui sont applicables dans le plus grand nombre des cas. Ils ont pu ainsi décrire d'une façon suffisamment détaillée pour en permettre l'application, les opérations et les traitements pharmaceutiques ou optiques. Enfin, les descriptions sont complètes par des figures.

En résumé, il s'agit d'un ouvrage essentiellement pratique, donnant des indications sûres et précises dans tous les cas de la pratique ophtalmologique, et où les questions nouvelles sont exposées avec un soin particulier.

A. DRUAULT.

CORRESPONDANCE

M. Marinisco nous prie de faire remarquer à nos lecteurs que son article paru dans *La Presse Médicale* de 1899, n° 31, ayant été adressé au journal le 15 Janvier 1899, il n'a pu tenir compte des travaux de Foà : « Sulle alterazioni delle cellule del nucleo di origine in seguito a taglio o stappamento dell'ipoglossio, in *La Rivista di patologia nervosa e mentale*, et de Kohnstamm « Ueber retrograde Degeneration », in *Schmid's Jahrbücher*, Bd. CCLXI, p. 253.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 26 Avril. — MM. Papillon, 16. — Gouget, 18. — Macaigne, 17. — Thérèse, 16. — Enriquez, 18. — Potier, 14.

28 Avril. — MM. Thiercelin, 15. — Köss, 16. — Levi (Ch.), 14. — Claude, 15. — Gallois, 17. — de Massary, 14.

Prochaine séance samedi 26 Avril, à 4 h. 1/2, à la Charité. La séance du dimanche aura lieu à 8 h. 1/2 du matin.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 26 Avril. — MM. Jayle, 10. — Riche, 20. — Cazin, 19.

Prochaine séance lundi 1^{er} Mai, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Hôtel-Dieu. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a commencé, le jeudi 27 Avril, des leçons de clinique chirurgicale à 10 h. 1/2, et il les continuera tous les jeudis à la même heure. Opérations à 9 heures. Opérations abdominales le mardi.

Hospice de la Salpêtrière. — M. DELERINE, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, commencera ses *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, le jeudi 4 Mai 1899, à 5 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le mercredi matin, à 9 heures et demie, examen des malades de la consultation externe.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. F. TERRIEN, chef de clinique, recommencera le mardi 9 Mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° Ophthalmoscopie clinique (avec malades).
Rapports de l'ophthalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil.
2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).
 M. DUCOURT, chef du laboratoire, recommencera le lundi 1^{er} Mai, à 3 heures, des conférences pratiques :
 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques);
 2° Bactériologie clinique de l'œil.
 Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures; le second, les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.
 S'inscrire d'avance tous les matins à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Opérations sur le tube digestif. — M. SAVARIACQ, professeur, commencera à l'École pratique, le lundi 8 Mai, à 1 h. 1/4, sa première démonstration sur les opérations pratiquées sur le tube digestif et ses annexes (langue, œsophage, estomac, intestin, rectum, voies biliaires).

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.
 Les droits à verser sont de 50 francs.
 S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Société médico-chirurgicale. — Séance du 8 Mai 1899. — Rapport scientifique de M. Gillet sur la candidature de M. Tourangin au titre de membre titulaire. — M. Berthod : Pathogénie et traitement de l'éclampsie. — M. Grossin : Application du spéculum au lit de la malade. — M. Longbois : Une trachéotomie émuoveuse sans instruments appropriés, par un médecin de campagne. — Discussion sur la pathogénie des lithiases biliaires.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — En raison de la fête de l'Ascension, la prochaine séance de la Société aura lieu le jeudi 4 Mai au lieu du jeudi 11.

Société anatomique. — MM. Henry Bernard, Cathelin et Schwartz sont nommés membres adjoints de la Société anatomique; M. Estrabaut est élu membre correspondant.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Dans sa séance du 13 Avril 1899, la Société obstétricale, spécialement réunie, a pris les résolutions suivantes :

1° La Société obstétricale et gynécologique de Paris est dissoute;

2° Le trésorier a pleins pouvoirs pour liquider la situation financière;

3° Les membres présents expriment le vœu qu'une commission soit nommée à l'effet de rechercher les moyens de constituer une société de gynécologie ouverte à laquelle ils abandonnent les archives et collections de la Société obstétricale.

Ils nomment membres de cette commission : MM. Reynier, Doléris, Olivier et Caubel.

Dans le cas où cette Société ne serait pas constituée le 1^{er} Juillet prochain, les archives seraient remises à la bibliothèque de la Faculté de médecine.

Association des médecins de la Seine. — Cette Association, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, récemment, sa 66^e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 73.132 francs, dont 16.345 fournis par les cotisations, 17.200 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 5 sociétés, 58 veuves ou familles de sociétaires, enfin 37 autres personnes appartenant au Corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1.200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50.000 francs. Une somme de 19.600 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice. Ont été élus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet; secrétaire général, M. Barth.

Association de l'internat des asiles d'aliénés. — Le banquet annuel de l'Association des internes et anciens internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine aura lieu le lundi 8 Mai, à 7 h. 1/2 du soir, au restaurant Marguery, boulevard Poissonnière, sous la présidence du docteur Vallon, médecin de l'asile de Villejuif. A 6 h. 1/2, assemblée générale.

Association vélocipédique médicale. — La course annuelle aura lieu le dimanche 7 Mai à 9 heures du matin sur le parcours habituel de Malabry (30 kilomètres). Elle est ouverte à tous les étudiants en médecine (amateurs, y compris ceux du P. C. N. Un banquet aura lieu à la fin de l'épreuve pour réunir à Robinson les coureurs, leurs entraîneurs et leurs amis. Prière de se faire inscrire à l'avance. Les adhésions sont reçues à l'Association vélocipédique médicale, 21, rue du Vieux-Colombier. Le droit d'entrée a été fixé à 2 francs.

Réforme du concours des hôpitaux. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique va discuter, dans une de ses prochaines séances, le projet de réforme du concours des hôpitaux dont il est saisi.

On se souvient que la Société médicale des hôpitaux qui, il y a dix-huit mois environ, a pris l'initiative de cette réforme avait demandé l'institution de deux jurys successifs, et le vote secret et signé des membres du jury.

Exercice illégal de la médecine. — Après trois audiences, le tribunal de Sens vient de condamner l'abbé Crub, directeur de l'Institut orthopédique, pour exercice illégal de la médecine, à 500 francs d'amende et aux dépens, et M. Salmon, pour blessures par impru-

dence et négligence, à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger en ce qui concerne la prison seulement.

Le sanatorium de Meung-sur-Loire. — M. L. LECHEMONT vient d'ouvrir, à 1 kilomètre environ de Meung-sur-Loire, à deux heures de Paris et de Tours, un quart d'heure d'Orléans, sur la grande ligne de chemin de fer de Paris à Bordeaux, un sanatorium pour y traiter les tuberculeux par la cure d'air.

Le sanatorium est installé dans un château moderne, construit sur le flanc d'un monticule, exposé au sud-est, abrité directement des vents du nord et de l'ouest par une hauteur très boisée.

La maison d'habitation est bâtie au milieu d'un parc de 4 hectares; elle domine les rares maisons et propriétés voisines dont elle est en outre séparée par des jardins ou parcs, et la propriété aboutit d'autre part, sur la grande route d'Angers à Orléans et sur des champs qui s'étendent à perte de vue.

La Loire coule à 600 mètres environ du sanatorium et à plus de 20 mètres en contre-bas.

Des galeries diversement orientées permettent aux malades de passer étendus sur des chaises-longues les journées ou plein air depuis le lever jusqu'au coucher et à peu près par tous les temps.

Le régime intérieur concernant les malades est le même que dans tout sanatorium français et étranger. Le médecin y est le maître absolu.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 16^e semaine, 1,107 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1,127) et qui diffère assez peu de la moyenne ordinaire des semaines d'Avril (1,039). L'épidémie de grippe peut être considérée comme à peu près terminée.

La fièvre typhoïde a causé 21 décès, chiffre qui dépasse très sensiblement la moyenne (6). De plus, le nombre des cas nouveaux annoncés à la Préfecture de police est considérable (106). La rougeole a causé 34 décès (au lieu de la moyenne 28); la coqueluche 13 (au lieu de la moyenne 8); la scarlatine conserve une fréquence moyenne (5 décès au lieu de la moyenne 4), et la diphtérie reste rare (5 décès au lieu de la moyenne 13).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 140 décès, au lieu de 183 pendant la semaine précédente et au lieu de 149, moyenne ordinaire de la saison. Tous les chiffres concernant ces maladies sont moyens. Cependant 31 décès sont attribués à la grippe ou à ses synonymes (influenza, pneumonie grippe, etc.).

Etranger.

— Le professeur Bonhoff (de Berlin) est appelé à la direction de l'Institut d'hygiène de Marbourg, en remplacement du professeur Wernicke, qui passe à la direction de l'Institut d'hygiène de Posen.

— M. Julius Goppert, professeur extraordinaire de pathologie à l'Université de Bonn, est nommé professeur titulaire à l'Université de Giessen.

— M. Robert Muir, professeur de pathologie à l'Université de Saint-Andrews (Dundee), est appelé à la chaire de pathologie vacante à l'Université de Glasgow.

— Le professeur Golgi est nommé, pour une période de trois ans, doyen de la Faculté de médecine de Pavie.

— M. Luigi Gappelletti est chargé d'un cours d'anthropologie criminelle à l'Université de Ferrare.

— Le prochain budget prussien comprendra des crédits spéciaux pour la création d'Instituts d'hydrologie et d'hydrothérapie dans la plupart des Universités du royaume.

— Les chambres médicales autrichiennes viennent d'adresser, dernièrement, un mémoire au gouvernement pour appeler son attention sur la situation de plus en plus difficile faite aux médecins, par un ensemble de circonstances telles que l'engorgement de la carrière et surtout l'industrie croissante des guérisseurs de tout ordre. Les chambres se plaignent que les médecins n'aient pas, dans les assemblées et corps législatifs, la représentation proportionnelle qui leur revient. Les intéressés demandent que le gouvernement réprime énergiquement l'industrie des guérisseurs et charlatans, et que les chambres médicales soient pourvues de pouvoirs plus étendus.

— A propos des cas de peste de laboratoire qui ont jeté récemment l'effolement à Vienne, le gouvernement belge a cru devoir consulter le Conseil supérieur d'hygiène publique sur les dangers que peuvent offrir les laboratoires de bactériologie.

Le Conseil, après avoir démontré dans un long rapport que « les dangers résultant des travaux d'un Institut de bactériologie sont pour le public minimes et même nuls dans la plupart des cas », a toutefois, afin d'écartier les inquiétudes que peuvent inspirer surtout les petits laboratoires privés, répondu ainsi aux deux questions qui lui étaient posées :

1° Il y a lieu de recommander des précautions pour la destruction des matières nocives, des cadavres d'animaux. Ces recommandations devraient être faites, dans la mesure du possible, par l'entremise des administrations communales, plus à même de connaître l'existence, toujours difficile à constater, des laboratoires privés de bactériologie;

2° Il n'y a pas lieu de classer les installations bactériologiques parmi les établissements dangereux; mais il serait nécessaire, comme pour les établissements hospitaliers publics et privés, d'organiser, en vertu d'une loi sanitaire nouvelle, une réglementation et une surveillance efficace des laboratoires de bactériologie.

En conséquence, les gouvernements de province viennent d'adresser aux administrations locales des instructions précises, lesquelles prescrivent, notamment, de désinfecter les bâtiments des expérimentateurs, les locaux et les résidus liquides, et de détruire les matières nocives dans le cas où le personnel se serait occupé de la culture et de la manipulation de bacilles dangereux, tels que ceux de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, du

charbon, du choléra et de la peste. Les cultures doivent être stérilisées par ébullition prolongée.

— Dans sa séance du 19 Avril, la Chambre belge a été saisie d'une interpellation relative aux ravages que l'ankylostomose exerce sur la population minière.

Le ministre du Travail a déclaré qu'il sera peut-être amené à déposer un projet de loi rendant obligatoires les prescriptions hygiéniques trop négligées qui sont la cause de l'extension du mal.

— C'est le 22 de ce mois qu'aura lieu, à Liverpool, sous la présidence de lord Lister, l'inauguration de l'École pour l'étude des maladies tropicales.

Les souscriptions pour cet établissement permettent à ce dernier de compter dès à présent sur un revenu annuel de 40.000 francs. Parmi les souscripteurs figure le roi Léopold de Belgique, qui aurait, dit-on, l'intention de faire faire un stage dans cette École médicale à tous les cadets au service de l'État indépendant du Congo.

— On annonce de Londres la mort de Sir William Roberts, dont les travaux sur la digestion font autorité. Après avoir enseigné dans différentes Ecoles de province, il retourna à Londres où il devint un des praticiens les plus recherchés. Déjà membre de la Société royale, il fut nommé, en 1892, membre du Sénat de l'Université de Londres, et depuis 1896 il représentait celle-ci au sein du Conseil général médical.

BIBLIOGRAPHIE

Grasset. — *Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal.* Broch. in-8° raisin, de 104 pages (BOUQUIN, imprimeur, Montpellier).

Brault. — *Le pronostic des tumeurs basées sur la recherche du glycogène.* n° 15 de l'Œuvre médico-chirurgicale. Broch. in-8° raisin, de 28 pages. Prix : 1 fr. 25 (MARRON ET C^o, éditeurs).

Coutance. — *Tableaux synoptiques de Diagnostic sémiologique et différentiel.* 1 vol. gr. in-8°, de 200 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 5 fr. (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs).

E. Gellé. — *L'Audition et ses organes.* 1 vol. in-8° raisin, de 328 pages, avec 66 figures, cartonné à l'anglaise. Prix : 6 francs (FÉLIX ALCAN, éditeur).

Léon Mabile. — *De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.* Broch. in-16, de 48 pages.

Répertoire thérapeutique

Le Santal est aujourd'hui largement entré dans la thérapeutique, et tous les médecins sont unanimes pour reconnaître qu'il remplace avec avantage le copahu et le cubèbe dans le traitement de la blennorrhagie; il ne produit ni intolérance de l'estomac, ni diarrhée et il réduit en quarante-huit heures l'écoulement à un simple suintement.

L'efficacité du Santal dépend de la pureté et de la provenance de l'essence; le bois de Santal de Mysore est le plus estimé. C'est ce bois dont le produit de distillation fait la base du Santal Midy. Chaque année, M. Midy envoie à Mysore acheter une partie des coupes de bois de Santal que le rajah de Mysore ne vend jamais sans son estampille.

L'essence de Santal Mysore est plus douce, plus odorante, plus agréable que celle de tout autre pays; c'est sans doute une des causes qui font qu'elle est toujours bien supportée. De plus, en distillant les bois de l'année, M. Midy produit une essence moins oxydée que celle du commerce, qui provient souvent de bois ayant plusieurs années de coupe.

Il est peu de médicaments qui aient été acceptés avec autant de faveur par le Corps médical; c'est qu'il réussit souvent dans les cas où le copahu et le cubèbe avaient échoué, et cela sans provoquer aucun accident, même du côté des voies digestives.

Le Santal amène en trois jours la blennorrhagie à l'état aigu, la miction n'est plus douloureuse; il constitue, en outre, le meilleur moyen pour guérir les hémorragies par cystites. L'écoulement se trouve réduit à une espèce de suintement séreux.

Mais, on ne saurait trop le dire, son effet dépend beaucoup de la pureté de la préparation; or, la forme la plus recherchée est, sans contredit, la préparation dénommée Santal Midy.

Le Santal Midy se trouve sous forme de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes d'essence de Santal de Mysore. Chacune d'elles porte comme garantie le nom de Midy. Dans le traitement de la blennorrhagie, la dose est de 8 à 12 capsules par jour, prises en trois fois; pour tous les autres cas où la médication balsamique est indiquée, de 3 à 6 capsules.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MATHIEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

PEPTONE CORNELIS
et Glycérophosphates

Chaque verre à madère de VIN CORNELIS renferme les éléments de :
30^{gr.} VIANDE DE BŒUF
et 30 centigr. de Glycérophosphates.

VIN CORNELIS

**TONI-NUTRITIF
RECONSTITUANT
RÉPARATEUR PUISSANT**

DOSE : Un verre à madère après chacun des deux principaux repas.

PRÉPARATION et DÉPOT GÉNÉRAL :
L. BRUNEAU, Pharmacien de 1^{re} Classe, à LILLE.

OFFICIELLE
PRESCRITE
DANS LES
HOPITALS DE PARIS

Très Agréable au Gout, **SANS ODEUR**

PEPTONE CORNELIS

Représente 10 fois son poids de Viande de Bœuf.
PLUS NUTRITIVE, LA PLUS DIRECTEMENT ASSIMILABLE

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevetés.

DOSE : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

DÉPOT GÉNÉRAL :
Ph^o L. BRUNEAU, à LILLE.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par enlucure à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

INJECTIONS HYPODERMIQUES

Préparation instantanée et aseptique des Solutions de tous les Alcaloïdes usités en thérapeutique
TOUJOURS FRAICHES ET EFFICACES

DISCOÏDES MIDY

Pharmacien, 113, faubourg Saint-Honoré, Paris

**DOSAGE RIGOREUX — SOLUBILITÉ COMPLÈTE
CONSERVATION PARFAITE**

Trousses de la grandeur d'un portefeuille avec seringue et tous accessoires nécessaires

Envoi franco d'Échantillons sur demande

Vente en gros : **H. MASSMANN, 19, rue Pavée (Marais), PARIS**

SERUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

selon la méthode du Dr MARMORECK

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8, quai de Retz, LYON

Granules de Catillon
à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exigez les Vrais Granules de Catillon.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE

Tablettes de Catillon
à 0^{gr.}25 de corps

THYROÏDE

Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. **FL. 3 fr.**

TUMEURS — CANCERS TRAITEMENT PAR LE
THUYA WUHLIN

Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Barateau, Houilly, Fauguez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN 11 r. Lafayette, PARIS.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER

Au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.

Exatit 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
La Boîte de 60 pilules : **3 fr.** — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochecouart, Paris.

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les Cliniciens et Praticiens qui l'ont expérimenté, **ICHTHYOL** a une action à la fois rodurctrice, astringente, analgésique, antiphlogistique, et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthol est donc tout indiqué dans les **Maladies cutanées**, la **Hémorrhagie**, les **Maladies des femmes**, dans les **Conjonctivites** et les **Affections rhumatismales**, ainsi que dans la **Tuberculose pulmonaire**, etc.

S'ADRESSER POUR LES MONOGRAPHIES ET LES ÉCHANTILLONS, À LA **Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques, 35, r. des Francs-Bourgeois, Paris**

L'énergie des **FERMENTS**, la puissante action de la **QUASSINE** et des autres **TONIQUES STIMULANTS** qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'**ANÉMIE**, la **CHLOROSE**, les affections si multiples de l'**ESTOMAC** et de la **POITRINE**, le **SURMENAGE** et la **DÉPHOSPHATISATION**, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue **Thérapeutique**, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec.
 Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucault.
M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

LE PHOSPHORISME PROFESSIONNEL, par M. COURTOIS-SUFFIT 205
DE L'ANOSMIE, d'après M. COLLET, par M. E. DE LAVARENNE 209

ANALYSES

Médecine : Un cas de nérose du pancréas, par M. R. MORIAN. — Mouvements paradoxaux du foie en rapport avec la respiration, par M. EISENBERGER 211
Chirurgie : 14 cas de chirurgie du cerveau, par M. SEYDRE 212
Neurologie et psychiatrie : Sclérose en plaques consécutive à un traumatisme, par M. B. LEBECQ. — Ataxie cérébelleuse hémiparétique, par M. ROMASOFF 212
Dermatologie et syphiligraphie : Lapsus d'orthographe chez un sujet tuberculeux; autopsie, par M. J.-A. FORTYER 212
Pharmacodynamie : Sur les transformations de l'hydraminellamine dans l'organisme des cancéreux, par M. W. STRAUB 212

Société française d'otologie, de laryngologie, et rhinologie (session de 1899) :
 Les épreuves de l'ouïe, par M. PIERRE BONNIER 171

Société française d'ophtalmologie (session de 1899) :
 Sur la suppression du cristallin transparent, par M. PFLUGER 172

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Les faux bruits de peste à Paris, M. LE ROY DE MÉRIGNY, M. COLIN. — Puericulture et assistance maternelle avant l'accouchement, M. PINARD. — La hygiène dans les établissements d'instruction publique, M. MOTAIS. — Traitement de la sclérose par la réduction suivie d'immobilisation en bonne position, M. A. CHÉPAULT 173

Société de biologie : Pigments biliaires du sérum sanguin au cours de l'ictère hémolytique, MM. A. GILBERT et J. GASTAGNE. MM. HAYEM, GILBERT. — Inscription électrique des mouvements valvulaires du cœur, M. CHAUVREAU. — Sur le rôle joué par les leucocytes dans la destruction de la cellule nerveuse, MM. FRANÇA et ATHAS 173

Voir les Nouvelles à la dernière page.

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. **LAURENOL**

CASCARA DEMAZIERE

PILULES DRACIFIÈRES. SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrenale, Thyroïdienne. **MONCOUR**

TRAITE DES MALADIES DE LA PROSTATE ET DES VÉSICULES SEMINALES, par le Dr H. PICARD. 1 vol. in-18, de 280 pages, avec figures. Relié. Prix : 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 35, 3 MAI 1899.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 9 Mai 1899, à 1 heure. — M. FERRARI : Une chaire de médecine au XV^e siècle. Grammatteo Ferrari da Grado, professeur à l'Université de Pavie, de 1432 à 1472; MM. Richet, Berger, Richelot, Langlois. — M. GUYOT : Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires; MM. Berger, Ch. Richet, Richelot, Langlois. — M. LABDENNOIS : Traitement chirurgical du cancer du gros intestin; MM. Berger, Ch. Richet, Richelot, Langlois.

Mercredi 10 Mai 1899, à 1 heure. — M. VERCK : L'hémoglobinurie paroxystique essentielle; MM. Potain, Lannelongue, Lejars, Méry. — M. DELMONÉ-BEBET : Influence des lésions du cotyle et de l'os iliaque sur la marche de la coxalgie; MM. Lannelongue, Potain, Lejars, Méry. — M. GOURAUD : Contribution à l'étude des kystes épidermiques des doigts et de la main; MM. Tilliaux, Terrier, Humbert, Legueu. — M. CAMUS : Contribution à l'étude de l'actinomycose dans la région djonnaise; MM. Terrier, Tilliaux, Humbert, Legueu.

Samedi 13 Mai 1899, à 1 heure. — M. BIRMAN : Du pharynx spacieux et de ses rapports avec les adhérences palato-pharyngiennes au cours de la syphilis acquise; MM. Debove, Chantemesse, Hallopeau, Achard. — M. CHAILLOUS : Etude sur le tétanos à frigore; MM. Chantemesse, Debove, Hallopeau, Achard. — M. ARRAB : Contribution à l'étude sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère simple perforant du tube digestif; MM. Hutinel, Raymond, Roger, Launois. — M. PICARD : Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne; MM. Raymond, Hutinel, Roger, Launois.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 Mai 1899. — 1^{er} (1^{re} série) : MM. Delens, Blum, Broca (Ava). — 1^{er} (2^e série) : MM. Reclus, Poirier, Retterer. — 1^{er} (3^e série) : MM. Remy, Sebileau, Legueu. — 2^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Potain, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Fournier, Landouzy, Teissier. — 5^e (Première partie) Chirurgie (1^{re} série) Hôtel-Dieu; MM. Tilliaux, Lejars, Maucière. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu; MM. Terrier, Humbert, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu; MM. Hayem, Lancelleaux, Dupré.

Mardi 9 Mai 1899. — Anatomie pathologique, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique; MM. Cornil, Grancher, Méry. — 1^{er} (1^{re} série) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Retterer. — 1^{er} (2^e série) : MM. Guyon, Remy, Poirier. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Le Dentu, Bonnaire, Thiéry. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Troisième, Widal, Launois. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Thoinot. — 3^e (Deuxième partie) (3^e série) : MM. Hutinel, Achard, Thiroloix. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Proust, Chantemesse, Vaquez. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Albarran, Faure. — 5^e (Deuxième partie)

(1^{re} série), Charité; MM. Jaccoud, Debove, Ménétrier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité; MM. Raymond, Chartrin, Roger.

Mercredi 10 Mai 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1^{er} MM. Poirier, Retterer, Sebileau. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Hayem, Teissier, Dupré. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Joffroy, Lancelleaux, Gilles de la Tourette. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Delens, Reclus, Maucière. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (2^e série) : MM. Blum, Broca (Aug.), Walther. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Fournier, Gaucher, Widal.

Vendredi 12 Mai 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1^{er} (1^{re} série) : MM. Ch. Richet, Humbert, Sebileau. — 1^{er} (2^e série) : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Grancher, Teissier, Dupré. — 3^e (Deuxième partie) (3^e série) : MM. Joffroy, Gilles de la Tourette, Widal. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Lancelleaux, Gaucher, Wurtz. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Tilliaux, Reclus, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Méry.

Samedi 13 Mai 1899. — 1^{er} MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Cornil, Poirier, Retterer. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Troisième, Thiroloix. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Vaquez, Langlois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Berger, Richelot, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Pitié : MM. Joffroy, Marfan, Ménétrier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1899.

LES ÉPREUVES DE L'OUÏE

M. Pierre BONNIER, rapporteur.

Ces épreuves ont peu de précision et peu de signification absolue, d'une part, parce qu'elles ne mettent pas en jeu des valeurs acoustométriques exactes ou même comparables entre elles, et, d'autre part, à cause de l'incohérence et de l'insuffisance de nos données courantes et classiques sur la physiologie de l'audition. La plupart de ces épreuves concer-

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Saussaies, Paris et Pharmacies

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.
CONTREXEVILLE-PAVILLON

CAPSULES COGNET
 Eucalyptol absolu Iodoforme-crésoté.
 BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

POUGUES TONI-DIGESTIVE

SAINTE-GALMIER BADOIT

ment le fonctionnement de l'appareil de transmission, et l'on conçoit de quelle importance doit être la compréhension de ce fonctionnement dans l'interprétation des troubles et des variations fonctionnelles observés et provoqués.

Après avoir fait brièvement la critique des théories classiques de l'audition fondées sur l'assimilation de l'oreille à un appareil de résonance, M. Bonnier s'attache à montrer qu'elles ne sont à aucun point de vue acceptables. Il indique, en y insistant, le rôle fondamental de l'oscillation totale des milieux inertes et suspendus de l'oreille, et c'est à cette forme d'oscillation qu'il rattache l'interprétation des signes cliniques fournis par les épreuves de l'ouïe.

M. Bonnier étudie ensuite la *paracousie de Weber*, c'est-à-dire l'exagération de l'audition au contact, et insiste sur la signification clinique probable de la paracousie qui se manifeste quand le diapason est appliqué au genou du sujet, forme de l'épreuve de Weber sur laquelle il a récemment attiré l'attention des auristes.

L'épreuve de Rinne compare l'audition par contact à l'audition aérienne pour une même oreille; l'épreuve de Weber compare l'audition au contact pour les deux oreilles; l'épreuve de Schwabach compare l'audition au contact d'un sujet à l'audition normale. D'autres épreuves, d'autres procédés (Corradi, Eitelberg, Lupati) ont pour but de reconnaître si la lésion intéresse l'appareil de transmission ou celui de la perception. Aucun ne nous donne la valeur absolue de l'audition aérienne et de l'audition solide, ce qui simplifierait tout et substituerait à des rapports entre des valeurs relatives ou même inconnues la connaissance de valeurs réelles, absolues, qu'il serait toujours facile et utile de comparer entre elles.

D'autres épreuves ont pour objet de modifier les conditions de la transmission en déplaçant toute la chaîne des milieux conjugués, soit en dehors, soit en dedans. Ce sont les épreuves de Valsalva, de Politzer, de Bartsch, de Toynbee et de Gellé. L'auteur les discute rapidement et en revient à la nécessité qu'il y a à trouver pour l'audition des procédés d'acoumétrie simples et surtout comparables dans leurs résultats d'un observateur à l'autre.

Il propose le diapason de 100 vibrations doubles à la seconde, qui est également étranger à la notation musicale allemande ou française et se trouve déjà employé en chronographie. Le déplacement angulaire du diapason fait apparaître dans son image une striation qui disparaît à un moment donné de son extinction; c'est ce moment assez court que M. Bonnier prend pour 0, et à partir duquel les capacités auditives, tant solides qu'aériennes, sont mesurées de valeurs positives et négatives évaluées en secondes. La longue durée de l'extinction du diapason laisse indifférents des écarts de plusieurs secondes.

(A suivre.)

G. LAURENS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Session de 1899.

SUR LA SUPPRESSION DU CRISTALLIN TRANSPARENT

M. PFLUEGER (de Berne), rapporteur.

On a proposé la suppression du cristallin transparent dans le kératocône, dans le lenticonne antérieur ou postérieur, dans le faux lenticonne. Cette suppression est encore justifiée en cas de luxation spontanée, acquise ou traumatique, du cristallin, dans certaines formes malignes de glaucome et dans les synéchies postérieures totales. Mais dans ces différentes affections, la suppression du cristallin transparent est loin de présenter l'intérêt théorique et pratique qu'elle acquiert dans la cure de la myopie forte et c'est avant tout à l'étude de la suppression du cristallin dans la myopie que l'on doit s'arrêter. C'est à Fukala et à Vacher que nous devons d'avoir repris cette opération et de l'avoir généralisée.

Le rapporteur a pratiqué fréquemment l'opération en question et se trouve en état de discuter les résultats et statistiques de ses confrères en se basant sur une expérience personnelle des plus considérables. Depuis la fin de l'année 1891 jusqu'à la fin de 1896, il a opéré 103 cas (108 yeux), et sur ce nombre il a pu suivre 95 malades dont il donne l'observation détaillée non seulement au point de vue opératoire mais encore au point de vue des modifications de la réfraction apportées par la suppression du cristallin.

Avant d'aborder l'analyse des observations cliniques,

il est nécessaire de préciser les conditions de détermination des amétropies. Il sera toujours nécessaire de déterminer l'astigmatisme et le rayon de courbure de la cornée au moyen de l'ophthalmomètre de Javal. Pour la détermination de la myopie, M. Pflueger estime qu'il y a lieu de revenir à la méthode de la détermination optométrique de Giraud-Teulon et d'exprimer directement l'état de réfraction par la lentille neutralisante placée au foyer antérieur de l'œil.

Les observations personnelles du rapporteur, comme celles de tous les autres opérateurs, montrent que la suppression du cristallin ne détermine pas toujours une même diminution de réfraction dans des yeux qui avaient le même degré de myopie. Cela tient aux nombreuses erreurs dont sont entachées les méthodes de détermination de l'amétropie. Les unes sont évitables: ce sont celles qui peuvent résulter du spasme de l'accommodation (on les évitera en ne déterminant la réfraction qu'après paralysie accommodative par l'atropine), de la correction insuffisante de l'astigmatisme (l'emploi de l'ophthalmomètre les rendra négligeables).

Les erreurs plus ou moins inévitables résultent de la difficulté qu'il y a à placer le verre correcteur au foyer antérieur de l'œil. Le foyer antérieur change avec le rayon de courbure de la cornée; quant aux erreurs résultant de la position, du rayon de courbure ou de l'indice de réfraction du cristallin et de l'humour aqueux, ce sont des quantités négligeables. De nombreux auteurs se sont attachés à rechercher des formules permettant d'établir plus ou moins approximativement le pronostic de la réfraction après aphakie pour les différents degrés de myopie. M. Pflueger discute les formules de Badal, d'Ostwalt et Hirschberg, d'Eperon, de Gelpke et Bihler et établit une formule personnelle qui paraît être en accord avec les résultats pratiques obtenus. D'après cette formule, une myopie de 10 D associée à une réfraction cornéenne de 36 D peut se changer en emmétropie par suppression du cristallin tout aussi bien qu'une myopie de 18 D associée à une réfraction cornéenne de 45 D, qu'une myopie de 20 D associée à une réfraction cornéenne de 41 et de 42 D. Les cas où des myopies plus faibles que 16 D se corrigent, les emmétropies par aphakie ne peuvent s'expliquer que par des erreurs dans la détermination de la réfraction avant l'opération, par exemple par la position trop rapprochée de l'œil de la lentille correctrice.

Mais les faits sont plus intéressants que toutes ces discussions théoriques, et les résultats obtenus sur le patient seront plus démonstratifs que ceux obtenus par une formule. Le rapporteur l'a très bien compris et il fait suivre cette digression théorique de l'exposé de ses observations personnelles. Il donne ensuite l'analyse minutieuse de 95 malades dont 89 ont été opérés d'un œil, tandis que 6 ont subi l'opération sur les deux yeux.

Au point de vue de l'étiologie de la myopie, il a pu noter l'influence de l'hérédité dans 52 pour 100 des cas. Dans 91 pour 100 des cas, il s'agissait de myopie congénitale. L'opération a été faite surtout entre sept et trente ans (83 cas). Elle n'a été pratiquée que 12 fois de trente à quarante ans, 5 fois de quarante à cinquante ans, et 1 fois à cinquante et un ans. Chez les jeunes sujets de sept à dix ans, atteints d'une myopie élevée, il faut absolument intervenir. Mais, même si la myopie est inférieure à 12 D et si le rayon cornéen est assez grand, on n'attendra pas des changements inopérables du fond de l'œil et du corps vitré pour intervenir, car, à cet âge, une myopie de ce degré est suspecte, et l'opération présentera plus de garanties pour le *status quo* que le port des verres ou l'abstention de toute thérapeutique.

Pour établir quels sont les cas de myopie justiciables de l'intervention, il ne suffit pas de se baser sur le degré de la myopie, il faut rapprocher le degré de la myopie de l'âge du patient, de sa réfraction cornéenne moyenne, de l'acuité visuelle; il faut tenir compte de l'état du malade, de sa position sociale, de la progression de la myopie chez lui et dans sa famille.

Pour ce qui est de l'acuité visuelle, si sa réduction force le patient à changer de profession, l'opération sera indiquée pour des myopies sensiblement au dessous de 16 D.

Une progression rapide de la myopie avant vingt ans et surtout après cet âge, sera une indication d'opérer, même pour des degrés relativement modérés de myopie.

Les cas du rapporteur ont pu être suivis pendant deux à sept ans. Il serait évidemment à souhaiter que la période d'observation soit encore plus longue, mais, telle qu'elle est, elle permet déjà des deductions intéressantes.

L'acuité visuelle s'est améliorée dans tous les cas, à l'exception de deux faits où des complications se sont produites peu après l'intervention: une infection secondaire à la dissection dans un cas et une hémorragie rétinienne centrale au cours d'un accès de *delirium tremens*. En outre, deux autres yeux ont perdu leur acuité visuelle après des années, l'un par décollement de la rétine et l'autre par choroidite grave.

On a beaucoup discuté sur la cause de cette amélioration de l'acuité visuelle. M. Pflueger pense qu'il faut supposer une meilleure fonction de la rétine après l'opération, amélioration de la fonction résultant d'une meilleure nutrition de l'organe. Il faut tenir compte aussi du développement de la fonction du lobe occipital dans la perception de la vision à distance. Le fait que cette amélioration de la vision ne se produit que plusieurs mois

après l'opération, qu'elle peut s'observer non seulement sur l'œil opéré, mais encore sur l'œil myope non opéré, plaiderait en faveur de cette interprétation.

M. Pflueger a constaté aussi, chez la plupart de ses opérés, une amélioration de la vision périphérique, un agrandissement du champ visuel avec amélioration du sens chromatique dans les parties paracentrales et périphériques de la rétine.

Le rapporteur étudie ensuite les changements de réfraction qui se produisent dans l'œil opéré, au cours des années qui suivent l'intervention. Ce point est tout particulièrement intéressant puisqu'il permet de juger de l'influence de la suppression du cristallin sur l'évolution de la myopie, c'est-à-dire de l'allongement antéro-postérieur du globe oculaire. En compulsant ses cas personnels, dont la durée d'observation s'étend de deux à six ans, le rapporteur constate qu'il n'y a pas un seul cas où la myopie a causé des progrès inquiétants après l'opération. Même dans cinq cas, les plus défavorables, l'allongement de l'axe antéro-postérieur était plus modéré du côté de l'œil opéré que du côté de l'œil non opéré. L'observation comparative de l'œil opéré avec l'œil non opéré ne laisse aucun doute sur l'action prophylactique de l'opération.

Les contre-indications de l'intervention sont peu nombreuses et le rapporteur ne considère guère comme tels que les taires cornéennes trop étendues.

Une choroidite myopique ne sera pas une contre-indication de l'opération. « Une choroidite centrale grave aiguë est pour moi une indication urgente pour l'opération de la myopie forte et spécialement par le procédé lent. Les résultats que m'ont donnés les cinq faits où existaient ces altérations, sont de mes plus brillants; ils prouvent une certaine action curative pour cette maladie si rebelle à la thérapeutique ordinaire. »

Au point de vue de l'intervention en elle-même, M. Pflueger a recouru à la dissection suivie de l'extraction simple. Il est important que la dissection préliminaire soit profonde, mais il faut éviter autant que possible de pénétrer dans le vitré. Toute augmentation de la tension intra-oculaire après la dissection, indiquera l'extraction de masses caractérisées même s'il n'y a pas de phénomènes douloureux. En l'absence d'hyperltonie on attendra quelques jours que l'opacification des masses cristalliniennes soit avancée et on procédera à l'extraction simple. Celle-ci se fera à l'aide d'une incision au couteau lancéoléaire que l'on placera de préférence dans le limbe. La sortie des masses corticales sera facilitée par l'emploi de la curette de Daviel.

L'extraction d'emblée du cristallin transparent, pratiquée entre autres par Sattler, n'a pas même justifié sa supériorité sur le procédé de dissection suivi d'extraction simple secondaire. L'extraction à lambeau sera réservée aux individus âgés et aux cas où la dissection primitive a montré l'existence de ce noyau. Il faut avoir soin, dans la dissection de la cataracte secondaire, lorsque celle-ci est rendue inévitable, de léser aussi peu que possible le corps vitré, et c'est pour cela que M. Pflueger préfère à l'extraction de la capsule ou aux autres procédés de dissection, les procédés de Wecker à l'aide de la pince-ciseaux ou le procédé de Stilling, qui consiste dans la dilacération de la capsule au moyen de deux harpons.

Les complications post-opératoires possibles sont l'infection de la plaie, le décollement de la rétine. La première est presque toujours évitable. Quant au décollement, le rapporteur ne l'a vu se développer que chez un seul de ses opérés et deux ans après l'intervention. Etant donnée la fréquence du décollement dans la myopie élevée en dehors de toute intervention, on n'est pas en droit de mettre ce décollement sur le compte de l'opération. Celle-ci ne s'était accompagnée d'aucune issue du corps vitré. M. Pflueger n'a pas vu davantage d'accidents glaucomeux se développer sur les yeux opérés par lui; il faut en excepter cependant les phénomènes glaucomeux légers dus à la présence des masses cristalliniennes et que l'évacuation de celles-ci fait rapidement disparaître.

En résumé, la suppression du cristallin dans la myopie forte est absolument justifiée et donne d'excellents résultats. Par contre, les risques courus sont faibles, et, pour la plupart, peuvent être évités.

M. Trouseau (de Paris). J'adopte pour ma part, comme le meilleur, le procédé opératoire de la dissection suivi d'extraction des masses opacifiées, à condition que la dissection soit pratiquée après atropinisation, très largement et sans issue d'humour aqueux. J'attends, pour évacuer les masses, leur complète opacification, à moins que ne se produisent les phénomènes d'irritation ciliaire ou d'hyperltonie. Le glaucome, malgré l'avis de M. Pflueger est une complication post-opératoire qui se rencontre et qui ne semble pas trop grave si on fait l'extraction hâtive. Quant à la cyclite, je la crois très fréquente et redoutable, elle peut se prolonger assez pour mettre l'œil en danger. J'attache une grande importance à l'état général. J'ai toujours craint les opérations de cataracte secondaire.

Elles sont ici redoutables et doivent être faites avec la plus grande circonspection, en ne blessant le corps vitré que le moins possible.

On a surtout cherché jusqu'à présent les indications de l'opération dans le degré de myopie. Ne serait-il pas plus simple de s'enquérir, surtout avant d'intervenir, si

le sujet, quelle que soit sa myopie, peut ou ne peut pas se livrer à ses occupations, s'il est ou non un véritable infirme?

Pourquoi opérer un oisif qui ne recherche que de simples satisfactions visuelles?

Qu'on n'aïlle pas croire, d'après ces réflexions, que je sois un ennemi de l'extraction du cristallin transparent; je la considère comme excellente dans des cas bien déterminés, mais je ne peux me défendre d'une certaine inquiétude quand je lis les statistiques publiées, déjà si étendues, alors qu'attaché à un grand service hospitalier, je n'ai trouvé que rarement l'occasion d'intervenir.

(A suivre.)

M. MORAX.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

2 Mai 1899.

Les faux bruits de peste à Paris. — M. Le Roy de Méricourt demande ce qu'il y a de vrai dans les bruits qui ont couru dans les journaux sur l'apparition de la peste dans un grand magasin de nouveautés.

M. Colin. Il y a une vingtaine de jours, je lisais le démenti du préfet de police à l'égard de l'existence de la peste dans un magasin de nouveautés. J'allai trouver le préfet de police, qui m'apprit en effet que la veille on avait reçu une lettre anonyme disant que cinq employés du Bon Marché étaient morts de la peste contractée à la réception de tapis d'Orient, mais que ces bruits étaient faux. J'ai appris de plus que les tapis venus d'Orient sont désinfectés avant d'arriver au Bon Marché. M. Gaisse m'a dit que les atteintes de grippe chez les employés du Bon Marché avaient été cette année rares et bénignes, et que l'état sanitaire des employés était excellent.

Puériculture et assistance maternelle avant l'accouchement. — M. Pinard lit un rapport relatif au travail de M. Pennefère sur les progrès qui ont été faits dans le village de Maulé à l'égard des soins à donner aux femmes enceintes avant et après l'accouchement.

La myopie dans les établissements d'instruction publique. — M. Motais (d'Angers) pense qu'il serait fort utile de pratiquer chez les jeunes gens des lycées et collèges un examen soigneux et systématique des yeux afin de surprendre la myopie dès son début à l'époque où elle peut encore être corrigée.

Traitement de la scoliose par la réduction suivie d'immobilisation en bonne position. — M. A. Chipault. Le principe qui doit dominer la thérapeutique de la scoliose est la réduction suivie d'immobilisation en bonne position, principe basé sur ce fait que lorsque la scoliose, qui est une polyankylose en mauvaise attitude, guérit, cette guérison ne peut se faire que par une polyankylose nouvelle, en bonne attitude. La preuve en est que mes malades, lorsqu'ils sortent de leur appareil immobilisateur, ont la colonne vertébrale droite et rigide; rigidité telle que son assouplissement ultérieur est parfois nécessaire pour obtenir un résultat tout à fait satisfaisant.

Quoi qu'il en soit, j'ai, depuis l'an dernier, perfectionné quelques détails du traitement que je suis parvenu à obtenir cette polyankylose thérapeutique.

Le traitement se compose d'une étape de réduction et d'une étape d'immobilisation; l'étape de réduction comprenant deux périodes, l'une d'assouplissement préalable, l'autre de réduction définitive, cette dernière immédiatement suivie de l'application d'un corset plâtré immobilisateur.

Pour la période d'assouplissement, j'utilise toujours la planche à plaques de pression avec porte-plaques obliques. Pour la période de réduction définitive, j'utilise actuellement un appareil qui réalise l'extension du rachis par la suspension et les poids, sa déflexion et sa détorsion par l'attitude des membres supérieurs et la pression oblique des plaques agissant sur le thorax fixé en haut par la mentonnière et en bas par les pièces latérales du troisième bâti.

Le corset plâtré, placé dans l'attitude ainsi réalisée et englobant les plaques, maintient la réduction acquise. Le traitement terminé, je fais coucher, pendant la nuit, le sujet dans la moitié postérieure de son dernier corset, scié à droite et à gauche, préparé et transformé en lit plâtré de détorsion à plaques, qui facilite au thorax la transition vers la liberté complète.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

29 Avril 1899.

Pigments biliaires du sérum sanguin au cours de l'ictère hémaphérique. — MM. A. Gilbert et J. Castaigne. Rapportant une observation d'ictère hémaphérique acholurique¹, nous avons signalé incidemment que le sérum de notre malade ne contenait que des pigments

modifiés. M. Hayem s'était élevé contre ces résultats.

Depuis, nous nous sommes reportés aux opinions des divers auteurs classiques, qui, tous, parlent du pouvoir tinctorial des pigments hépatiques anormaux, capables de donner à eux seuls une forme spéciale d'ictère. Parmi les auteurs qui soutiennent cette opinion, nous trouvons les élèves de M. Hayem qui se sont occupés d'une façon spéciale du sang ou des pigments biliaires (Tissier, Parmentier, Lenoble, etc.); mais nous nous contenterons de citer l'opinion de M. Hayem lui-même, énoncée dans son remarquable livre: *Du Sang*, et reproduite depuis par tous les auteurs classiques; il est difficile, dit-il, de nier la puissance tinctoriale de ce pigment rouge brun, et après avoir rapporté une observation qu'il qualifie d'ictère hémaphérique typique, l'auteur ajoute: «Voici donc un fait, dans lequel la coloration ictérique des téguments s'est produite en l'absence de toute résorption appréciable de bilirubine.»

Nous tenions surtout à démontrer dans cette note que notre observation d'ictère hémaphérique sans réaction de Gmelin dans le sérum n'était nullement en contradiction avec l'opinion classique.

M. Hayem. Y a-t-il plusieurs variétés de pigments biliaires capables de colorer les téguments? Je suis revenu aujourd'hui de ma première opinion, et je crois que le pigment rouge brun de Winter n'a pas ce pouvoir tinctorial. La recherche de la bilirubine est difficile à faire dans l'urine; la réaction de Gmelin peut faire défaut, alors même qu'on a ajouté à l'urine contenant des pigments modifiés une petite quantité de pigments vrais. Peut-être en est-il de même pour le sérum?

M. Gilbert. Il ressort de cette discussion que M. Hayem, après avoir reconnu le pouvoir tinctorial du pigment rouge brun, ne l'admet plus aujourd'hui; nous espérons que les nouveaux faits qui seront apportés par nous le feront revenir à sa première opinion.

Inscription électrique des mouvements valvulaires du cœur. — M. Chauveau. Les tracés que j'apporte, montrent nettement qu'au niveau du cœur droit, la systole auriculaire précède la systole ventriculaire, tandis que les deux systoles coïncident au niveau du cœur gauche. Le premier bruit du cœur n'est qu'un phénomène dû au début de la systole; on ne peut pas attribuer à l'oreillette un rôle quelconque sur la pression intra-ventriculaire; elle ne participe en aucune façon au premier bruit cardiaque.

Sur le rôle joué par les leucocytes dans la destruction de la cellule nerveuse. — MM. Franca et Athias (de Lisbonne). En étudiant les lésions histologiques des centres nerveux dans différents états pathologiques, plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur la destruction des cellules nerveuses par d'autres éléments auxquels ils ont donné le nom de neurophages. Ces neurophages sont-ils représentés par des leucocytes ou des cellules névrogliques? Nos recherches personnelles chez des paralytiques généraux et des épileptiques nous ont permis de constater l'issue, par diapédèse vasculaire, de leucocytes qui, rencontrant des cellules nerveuses, pyramidales ou autres, s'accrochent à elles et produisent à leur surface des dépressions profondes. Ces leucocytes se distinguent très nettement des cellules névrogliques péri-cellulaires, non seulement par les caractères du noyau, mais aussi par la façon dont ces cellules névrogliques prennent contact avec les cellules pyramidales, ne produisant aucune déformation de ces dernières. Nous ne saurions dire si cette destruction des éléments nerveux a lieu avant ou après la mort de la cellule; mais nos recherches montrent que les leucocytes sont les véritables neurophages.

(A suivre.)

A. SICARD.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 29 Avril. MM. Legry, 20. — Soupault, 17. — Mangin-Boquet, 15. — Brühl, 18. — Berge, 14.

30 Avril. — MM. Laffitte, 16. — Michel, 16. — Carnot, 17. — Sergent, 17. — Bezançon, 17. — Achalmé, 15.

2 Mai. — MM. Phulpin, 14. — Marie (R.), 17. — Boix, 18. — Londe, 17. — Hudelo, 19.

Prochaine séance jeudi 4 Mai, à 4 h. 1/2.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 1^{er} Mai. — MM. Mayet, 15. — Longuet, 16. — Delbet, 20.

Prochaine séance mercredi 3 Mai, à 4 h. 1/2, à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — ÉLECTION DE DEUX ASSOCIÉS NATIONAUX. — Les candidats présentés étaient :

En première ligne, M. Doyon (d'Uriage); en deuxième ligne, M. Heurteaux (de Nantes); en troisième ligne, MM. Henrot (de Reims); Pamard (d'Avignon), Paulct (de Montpellier), Pierret (de Lyon).

Au premier tour de scrutin, M. Doyon a été élu par 52 voix, contre 2 à M. Heurteaux, 1 à M. Henrot, 4 à M. Pamard, 1 à M. Paulct, 3 à M. Pierret, sur 73 votants.

Au second tour de scrutin, M. Pamard a été élu par 55 voix, contre 6 à M. Henrot, 14 à M. Heurteaux, 2 à M. Paulct, sur 76 votants.

Clinique Tarnier. — M. le professeur P. Boin a repris ses leçons de clinique obstétricale le samedi 8 Avril, à 9 heures du matin, et il les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Visite des malades tous les jours à 9 heures.

Amphithéâtre des hôpitaux. — Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le 13 Mai, à deux heures, sous la direction de M. MAGAIGNE, chef du laboratoire.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale annuelle de l'Association a eu lieu samedi 29 Avril, sous la présidence du professeur Tiliaux.

Les deux questions principales agitées dans cette séance ont été :

1^o L'extension exagérée du nombre des internes nommés actuellement;

2^o L'opportunité de fonder une Bibliothèque centrale de l'Internat.

Sur le premier point, l'Assemblée a émis le vœu qu'il ne soit plus nommé à l'avenir qu'un interne par service de médecine et deux internes par service de chirurgie.

Les chefs de service qui désiraient un état-major plus considérable, le réaliseraient au moyen d'internes provisoires.

Il va sans dire que la mesure ne pourrait être appliquée que par voie d'extinction, c'est-à-dire au fur et à mesure que les services, devenus vacants, seraient pris par un nouveau titulaire.

Le Comité est chargé de poursuivre cette réforme en agissant auprès des chefs de services eux mêmes, aussi bien qu'auprès de l'Administration.

La deuxième question a donné lieu à une discussion assez prolongée, la fondation d'une bibliothèque de l'Internat n'ayant pas été comprise généralement de la même façon.

Il s'agit, dans l'esprit du Comité, d'une bibliothèque devant servir de centre commun aux anciens internes aussi bien qu'à leurs collègues en exercice.

On tendrait à y réunir surtout et à y conserver complètes, les collections de périodiques français et étrangers qu'on ne peut consulter régulièrement dans les grandes bibliothèques officielles, et qui sont toujours dispersées dans les petites bibliothèques locales.

Cette fondation ne saurait, en aucune façon, absorber ni remplacer les bibliothèques des salles de garde qui conserveront leur indépendance et leurs allocations.

Ainsi compris, le principe de la fondation de la Bibliothèque centrale de l'Internat a été admis par l'Assemblée par 209 oui, contre 117 non; il faut remarquer que le dernier chiffre s'explique peut-être par les votes envoyés par lettres, les votants n'ayant pas assisté à la discussion et n'ayant pu se faire une idée exacte de la question.

Le Comité est chargé d'étudier les voies et moyens de réalisation, qui offrent de grandes difficultés matérielles, et de présenter une solution pratique à la prochaine Assemblée générale.

Après une allocution du président, le secrétaire général, M. Guinon, fait l'exposé de l'état moral très prospère de l'Association; M. Thiéberge, trésorier, rend compte des secours alloués et des recettes encaissées; le nombre actuel des adhérents dépasse 700.

Le Comité, renouvelé en partie, est composé de :
MM. TILIAUX, président; FERNEL, vice-président; Louis Guinon, secrétaire; G. THIÉBERGE, trésorier; Berthier, interne en exercice; Bouchard; Brouardet; Chailions, interne en exercice; Just Championnière; Desfosses, interne en exercice; Raymond Durand-Fariel; Lubet-Barbon; Pierre Marie; Montproult (d'Angers); Pamard (d'Avignon); Guillaïn, interne en exercice.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, mort à l'âge de soixante-neuf ans.

M. Le Sourd avait succédé à son père dans la direction de la *Gazette*, et il laisse deux fils, internes des hôpitaux, qui ne manqueront pas de continuer les traditions de famille, toutes d'honneur et de dévouement à la science.

Étranger.

M. Roberts Thompson, président de la « British Medical Association » en 1892, avait été victime d'un grave accident de bicyclette le 6 Avril de l'année dernière. A l'occasion de cet anniversaire, M. Thompson vient de recevoir une adresse de sympathie recouverte de 270 signatures.

En même temps que ses admirateurs le félicitent de son heureux rétablissement, ils lui envoient une somme de 21.025 francs recueillie par souscription et destinée à créer à l'hôpital de Bournemouth une nouvelle salle qui portera le nom de M. Thompson.

Le professeur Alfred Gräfe, un oculiste connu, vient de mourir à Weimar à l'âge de soixante-dix ans. Après avoir été pendant cinq ans assistant de son cousin Albert de Gräfe, le professeur et spécialiste berlinois qui jouissait, on le sait, d'une réputation européenne (il est mort en 1870), Alfred Gräfe fut nommé privat-docent d'ophtalmologie à l'Université de Halle. Promu professeur ordinaire en 1873, il a pris sa retraite il y a quelques années seulement, en 1892. C'est en grande partie à son initiative et à ses efforts que l'ophtalmologie doit d'avoir pris rang parmi les enseignements essentiels des Universités prussiennes.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES GARRÉ.

Paris. — L. MARÉTHÉUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

1. La Presse Médicale, 1899, n° 34, p. 152.

CLIN & C^{IE}

VIN NOURRY IODOTANÉ

Exempt de tout iodure alcalin, sans goût désagréable, d'une assimilation parfaite Succédané de l'huile de Foie de Morue.
Cinq egr. d'Iode combinés à dix egr. de Tannin par cuillerée à soupe.
INDICATIONS : Lymphatisme, Anémie, Ménstruation difficile, Affections pulmonaires torpides, Convalescence des Maladies infectieuses.
DOSES : Adultes, une cuillerée à soupe | Enfants, une ou deux cuill. à café | avant ou pendant chaque repas.

PILULES du D^r MOUSSETTE

Chaque Pilule exactement dosée contient :
 Un cinquième de milligramme d'Aconitine cristallisée, 5 centigrammes de Quiniam.
INDICATIONS : Névralgies, Migraines, Sciaticque, Affections Rhumatismales.
DOSES : Deux par jour ; une le matin et une le soir, en augmentant s'il y a lieu, suivant la susceptibilité du sujet.

SOLUTION de SALICYLATE de LITHINE du D^r CLIN

D'un dosage rigoureusement exact, d'un goût agréable, contient :
 Un gramme de Salicylate de Lithine par cuillerée à soupe.
INDICATIONS : Goutte torpide, Rhumatisme chronique, Diathèse urique.
DOSES : Une à quatre cuillerées à soupe par jour en augmentant progressivement. (VULPIAN.)

Capsules MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten essentiellement assimilable, très soluble.
Trois types principaux : COPAHU ET ESSENCE DE SANTAL, COPAHU, CUBEBE ET ESSENCE DE SANTAL, COPAHU, FER, ESSENCE DE SANTAL
INDICATIONS : Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.
DOSES : Huit à douze Capsules par jour.

GLOBULES de MYRTOL du D^r LINARIX

Obtenu par la distillation de l'essence du Myrtus communis.
 Antiseptique pulmonaire et Modificateur de l'expectoration.
INDICATIONS : Bronchite fétide, Catarrhe des Bronches, Asthme catarrhal, Tuberculose pulmonaire.
DOSES : 6 à 8 par jour, à prendre par 2 ou 3 à chaque repas.

LIQUEUR du D^r LAVILLE

Goutte aiguë ou chronique, Rhumatisme goutteux
 Sédation immédiate des accès et de la douleur, sans crainte de répercussion. — Dissolution des tophus.
DOSES : De une demi-cuillerée à café à trois cuillerées à café par jour.

CLIN & C^{ie} - F. COMAR & FILS (Maisons réunies)

20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

Nouveau Remède
 contre la
TUBERCULOSE

THIOCOL "Roche"

SULFO-GAÏACOLATE de POTASSIUM

Le THIOCOL n'a pas d'action irritante sur le tube digestif. Il s'assimile facilement et constitue une médication créosotée de premier ordre. Le THIOCOL peut, sans inconvénients, s'employer à doses élevées et longtemps répétées.

Le THIOCOL n'a pas d'odeur.
 Le THIOCOL est soluble dans l'eau.
 Le THIOCOL n'est pas toxique.

Envoi franco d'Echantillons et Notices.
 HERMANN & BARRIÈRE, 152, Rue Saint-Antoine, PARIS.

MALADIES NERVEUSES

EPILEPSIE, HYSTÉRIE, ECLAMPSIE, CONVULSIONS, MALADIES CÉRÉBRALES, CHORÉE, NÉVROSES en général.

TRIBROMURE DE A. GIGON

Sel contenant en proportions égales les trois Bromures : POTASSIUM, SODIUM, AMMONIUM

Ce bromure peut se donner à haute dose, son action est due à sa pureté absolue. Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure dosant exactement un gramme de Tribromure qui'il suffit de faire dissoudre au moment du besoin dans un liquide quelconque (infusion de tilleul, eau sucrée, vin).

Dosage facile, Conservation indéfinie. Dose : Grandes Personnes, de 2 à 4 cuillerées-mesures par jour. Enfants, de 1 à 2 et même plus, suivant indication du médecin.

Nous préparons également le SIROP TRIBROMURÉ DE GIGON à bouche de Sirop d'écorce d'orange amère.

Ph^{ie} GIGON, 7, Rue Coq-Héron, Paris et toutes Pharmacies. Envoi flacon d'essai à MM. les Docteurs.

MORRHUOMALTOL GLYCÉROPHOSPHATÉ de ECALLE

Reconstruit l'organisme des SYSTÈMES OSSEUX, NERVEUX et SANGUIN. — Renferme tous les principes actifs de l'huile de Foie de Morue : Chlorure, Bromures, Iodures, etc. du Malt, Diastase, etc. et 0gr. 25 de Kéol** gratuit aux Médecins. Ph^{ie}, 38, R. du Bac, Paris. Glicéro-phosphate de chaux chimiquement pur et dose.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE.

Oxyhémoglobine ET Glycérophosphate de CHAUX

(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE LA CHLORO-ANÉMIE LA CACHEXIE

SIROP FRAISSE

à l'oxyhémoglobine et au glycérophosphate de chaux

PRIX : 5 Francs

GRANDE PHARMACIE DÉPÔT 83, Rue Mozart, PARIS

PHARMACIE DÉPÔT 83, Rue Mozart, PARIS

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
 83, RUE MOZART, PARIS

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

ABLATION D'UN SARCOMÈRE INFANTILE DU REIN, par M. A. CHIPAULT (avec 3 figures en noir). 213

MÉDECINE PRATIQUE
 La néphrite aiguë « a frigore » et son traitement, par M. A.-F. PLECOUE. 214

ANALYSES
 Pathologie générale : Sur l'hypospadias et sa véritable signification, par M. E. VIDAL. 215
 Bactériologie : La résistance des levures, par M. KUSSEBROW. 216
 Médecine expérimentale : L'agglutination en filaments, par M. PRAUSNITZER. 216
 Médecine : De la glycosurie dans la lithiase biliaire, par M. W. BRAUER. 216
 Neurologie et psychiatrie : Contribution à l'étude des fibres à trajet descendant dans les cordons postérieurs de la moelle épinière, par MM. J. DEHRING et A. THEODOR. 216
 Ophtalmologie : Contribution à la casuistique des résultats éloignés du traitement opératoire de la myopie, par M. O. SCHEFFELS. — Sur la recherche du cuivre dans les tissus de l'œil après séjour d'éclats de cuivre dans le globe oculaire, par M. R. SCHMIDT. — Un cas de glaucome de la cornée, par M. SAMISCH. 216
 Rhinologie, otologie, laryngologie : Paralysie récurrentielle bénigne consécutive à la rougeole, par M. LERMOYEZ. 216

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Recherches sur la statique des éléments minéraux et particulièrement du fer chez le fœtus humain, M. L. HUGOUNEUF. — Sur le pouvoir réducteur des tissus : le sang, M. HENRI HÉLIER. 174

Société de chirurgie : Résumé des conclusions de la Société sur le traitement de l'appendicite, M. POISSIER. — De la tuberculose testiculaire chez les enfants, M. FÉLIZET. — Pyloroplastie et résection gastrique pour lésions multiples de l'estomac, M. TUFFIER. MM. POISSIER, HARTMANN, QUÉNE, TUFFIER. — Ulcère du pylore formant tumeur : gastro-entérostomie postérieure, M. HARTMANN. MM. QUÉNE, TUFFIER, HARTMANN. — Néphrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus, M. BROCA. Traitement de la tuberculose du testicule, M. TUFFIER. 175

Société médicale des hôpitaux : Rétrécissement initial et arrêt de développement, M. A. DELPECH. MM. RENU, DELPECH. — Cyanose, rétrécissement de l'artère pulmonaire sans souffle, MM. VARIOT et DEVÉ. — A propos d'un cas de sténose de cause inconnue, chez une femme de cinquante-quatre ans, M. TRIBOULET. MM. RENU, VARIOT, LE GENÈRE. — Hypotension artérielle dans la maladie de Parkinson, MM. SICARD et GUILLEMIN. — Névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entéro-colite aiguë, M. RENON. — Hémihyperesthésie névro-musculaire (syndrome de Weill) avec transfert, M. L. JACQUET. — Polade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication dans le cours d'une néphrite chronique probablement de même origine, M. L. BERNARD. — Présentation d'instrument, M. GILLES DE LA TOURETTE. 177

Société anatomique : Lésion d'un diverticule de Meckel simulant l'appendicite, MM. MAGAIGNE et BLANC. — Ulcère perforant l'estomac, M. CROISSIER. MM. MORIS-TIN, GORNIL. — Endocardite à bacilles de Koch chez

une femme tuberculeuse, M. AGUERRE. — Lipome du périnée, M. MORESTIN, M. MILAN. — Tumeurs diverticulaires de l'ombilic, MM. BLANC et E. WEIL. — Péritonite par perforation à la fin du premier septennaire de la fièvre typhoïde, M. SACQUÉRIE. — Foyers hémorragiques du foie, M. SACQUÉRIE. — Perforation de l'intestin survenue après une hystérectomie vaginale, M. GROUQUIN. 178

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Pityriasis rubra pilaire, M. DU CASTEL, M. BESNIER. — Dermite herpétiforme; éosinophilie; épreuve de la perméabilité rénale, MM. DANLOS et LEROUX. M. AUGAIGNER. — Cas normal de mycosis fongoïde, M. AUGAIGNER. — Artrites syphilitiques, MM. GASTOU et HERSCHER, M. FOURNIER. 178

Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie (session de 1899). (Suite.)
 Communications : Deux cas de tumeurs volumineuses de l'épiglotte : lipome et fibrome, M. GAREL. — Sur les végétations adénoïdes chez l'adulte, M. VACHER. — Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales, M. MOURE. — L'hystérie de l'oreille, M. CASTEX. — Un cas d'otoplastie du pavillon chez un enfant, M. MAHU. — Chute de végétations adénoïdes dans le larynx, M. L. BAR. 178

Société française d'ophtalmologie (session de 1899) :
 Sur la suppression du cristallin transparent. (Suite.) Discussion : MM. VACHER, ABADIE, ROUMER, JOCCS, LAGRANGE, DE WECCKER, VIGNES, KOENIG, KALT, PFLUGGER. 179

XVII^e Congrès allemand de médecine interne (tenu à Carlsbad du 11 au 14 Avril 1899). (Suite et fin). 179

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par le port d'un plastron enduit

RENSEIGNEMENTS

Remplacements. — Docteur en médecine demandé à faire remplacements, Paris et province. S'adresser aux bureaux du journal (355).

Cabinet de consultation à louer, avenue de l'Opéra, meublé ou non. Ecrire au journal (n° 355).

Poste à prendre pour visiter clientèle en province, en tournées de voyages; gains sérieux et assurés. S'adresser au journal (352).

Poste médical à Bonnebosc (Calvados) à prendre; rayon de 24 communes faciles à visiter. Fixe, 1.200 fr.; beau logement, jardin, écurie, remise. S'adresser à M. Lessage, pharmacien à Bonnebosc.

Sage-femme désire poste en province. Prendrait succession. S'adresser au journal (356).

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

d'onguent mercuriel. — L'antiseptisme intestinal dans le traitement du prurit scélérat généralisé. 180

MÉDICAMENTS NOUVEAUX
 Le Menthoforme. 180

LIVRES NOUVEAUX
 Des verres périscopiques et de leurs avantages pour les myopes, par M. F. OSTWALT. 180

Voir les Nouvelles à la dernière page.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

24 Avril 1899.

Recherches sur la statique des éléments minéraux et particulièrement du fer chez le fœtus humain. — M. L. Hugounéuf. Nos connaissances sur la composition chimique de l'organisme considéré dans son ensemble sont réduites à peu près exclusivement à des données qualitatives. Nous ne possédons que des notions très approximatives sur la proportion des diverses espèces chimiques, organiques ou minérales, que renferme le corps humain aux différentes périodes de la vie.

Ces raisons ont déterminé l'auteur à rechercher la composition minérale du fœtus et de l'enfant nouveau-né. Voici les résultats obtenus :

La fixation des éléments minéraux par l'embryon ne s'effectue pas avec la même intensité à toutes les périodes de la grossesse; elle est peu marquée au début, très active à la fin.

Au cours des trois derniers mois, le poids global des sels fixés par le fœtus est environ deux fois plus considérable pendant les six premiers mois de la gestation.

Au moment de la naissance, l'enfant de poids normal a soustrait à l'organisme maternel un poids total de 100 grammes environ de sels minéraux.

Dans ce chiffre, le fer n'est représenté que par 0 gr. 421 de peroxyde de fer, soit 0 gr. 294 de fer métallique.

La fixation du fer obéit aux mêmes lois que l'ensemble du squelette minéral; pendant les trois derniers mois de la gestation, le fœtus fixe au moins deux fois plus de fer qu'il n'en avait fixé précédemment.

En résumé, les pertes de sels minéraux et de fer en particulier, subies par l'organisme maternel au bénéfice de l'embryon, ont lieu, pour les deux tiers au moins de la spoliation totale, pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Il est probable que cette fixation, qui s'exerce surtout

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 36, 6 Mai 1899.

VER SOLITAIRE Guérison par les **GLOBULES DE SECRETAN** à l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fongère mâle des Vosges. Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

pendant les dernières semaines, n'est pas étrangère à la pathogénie des troubles de la nutrition qui compliquent fréquemment la fin de la grossesse, et, peut-être, pendant cette période, ne serait-il pas inutile d'exagérer l'alimentation minérale, non pas en administrant des composés chimiques, à peu près dépourvus d'action, mais par un choix judicieux d'aliments riches en fer, en phosphore et en chaux.

Sur le pouvoir réducteur des tissus : le sang. — M. Henri Hélier. L'auteur a récemment montré, sur la cellule musculaire et sur la cellule des glandes annexes de l'intestin, foie et pancréas, que, pendant l'assimilation, le pouvoir réducteur croît, tandis que, lorsque la cellule fonctionne, produit un travail, le pouvoir réducteur diminue.

La même étude a été entreprise sur le sang. A part la lympho, le sang est le tissu le plus réducteur de l'économie. Dans la majorité des cas, le sang veineux est plus réducteur que le sang artériel; mais l'inverse se produit aussi quelquefois.

Quand les produits de la digestion arrivent dans le sang, son pouvoir réducteur croît rapidement, puis diminue lentement, à mesure qu'il fournit la nourriture aux autres tissus.

Ce pouvoir réducteur varie sous l'influence d'un grand nombre de causes : répartition variable des globules sanguins, variations dans la quantité du plasma, variations par suite d'élimination de substances réductrices de désassimilation, d'abord dans le sang, puis dans les urines, etc.

(A suivre.)

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Avril 1899 (fin).

Résumé des conclusions de la Société sur le traitement de l'appendicite. — M. Poirier. Dans ma communication de Juillet 1898, qui a été le point de départ de cette discussion, j'ai dit : « Sous toutes ses formes, et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible. » Je puis résumer aujourd'hui les idées de la très grosse majorité des membres de cette Société, par les propositions suivantes :

1° Il n'y a point de traitement médical de l'appendicite ;

2° L'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.

A cette deuxième proposition, j'ajoute une opinion que je partage avec nombre de nos collègues, que lorsque le doute se prolonge, il est mieux d'opérer, au risque innocent de se tromper, que de laisser une appendicite évoluer sourdement et conduire presque fatalement le malade à la mort ;

3° Quelques-uns d'entre nous pensent encore que lorsque le chirurgien est appelé à la période de gâteau, il peut temporiser dans l'expectation armée, pour laisser refroidir l'appendicite et l'opérer quelques semaines plus tard, dans de meilleures conditions. Il m'a semblé que nous étions plus nombreux à penser qu'à cette période de l'affection il est plus sage d'opérer, parce que l'extension brutale d'une affection qui paraissait se limiter est, toujours à craindre, et parce que le risque opératoire est moins grand que le risque de temporisation ;

4° Dans la péritonite généralisée, suite d'appendicite, il faut opérer d'urgence. Pour minimiser qu'elles soient, les chances de guérison sont réelles et chacun de nous a enregistré des succès inespérés ;

5° Il est dangereux de laisser évoluer une appendicite d'apparence bénigne pour l'opérer plus tard à froid. L'opération présente moins de dangers que l'expectation dite armée. Tel m'a paru être l'avis de la majorité d'entre nous. Il a été dit, mais il n'a pas été démontré, que l'opération au cours de la période aiguë, que l'ouverture des abcès à travers la péritoine ou avec lésion de cette séreuse, peut être la cause d'une péritonite généralisée. Aucune observation n'a été apportée à l'appui ;

6° Le diagnostic de l'appendicite n'est pas toujours facile au début; MM. Quénu, Tuffier, Monod nous ont rapporté des exemples d'erreur ;

7° Le manuel opératoire doit varier suivant les cas; l'incision iliaque est celle que pratiquent la plupart d'entre nous; Jalaguier préfère l'incision parallèle au bord du droit externe, excellente dans nombre de cas. Le procédé *a posteriori* que j'avais conseillé n'a paru bon à la majorité de nos collègues que dans les cas d'abcès iliaque profond ;

8° A propos de la résection de l'appendice, nous devons, en principe, rechercher l'appendice, sans trop insister dans cette recherche, qui ne doit pas entraîner de trop grands délabements. Peyrot a même dit, sans rencontrer d'opposition, qu'il faut pratiquer des opérations complètes autant que possible, et qu'il ne craint pas de se livrer à des recherches même un peu laborieuses pour trouver l'appendice ;

9° Après les opérations à chaud, les éventrations sont assez fréquentes. Mais il nous a paru que la crainte des éventrations ne pouvait entrer en ligne de compte devant les dangers de mort que fait courir au malade l'expectation.

De la tuberculose testiculaire chez les enfants. — M. Félizet. La tuberculose testiculaire présente, chez l'adulte, plusieurs formes, dont la différence explique le fait que l'accord sur le traitement ne régné pas parmi les chirurgiens.

Chez les enfants, l'hydrocèle symptomatique de la bacillose est rare; l'orchite dure, sans adhérence à la séreuse, n'a qu'une existence temporaire; c'est la forme envahissante, presque aiguë, et, dans tous les cas, rapide, que nous avons l'occasion d'observer dans la pratique. Normalement, le testicule est petit, l'albuginée est mince, l'épididyme est flasque et de composition lamelleuse, les tubes n'ont qu'une existence encore embryonnaire, la séreuse est jeune; l'organe entier se montre, on peut dire, dans le schéma de sa structure comme dans la virtualité de sa fonction. Aucune barrière n'arrête, dans les premiers âges de la vie, la propagation de la bacillose et ne limite l'irritation inflammatoire qui l'entoure et la précède.

C'est généralement au-dessous de sept ans que cette tuberculose apparaît, et après quatorze ans.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, j'ai trouvé quelquefois des granulations tuberculeuses discrètes, développées sur la séreuse des sacs herniaires, et des hydrocèles, mais je n'ai jamais vu survenir, après ces rares hydrocèles, de tuberculoses génitales typiques. C'est autrement peut-être, c'est toujours d'emblée que la maladie se manifeste dans l'épididyme ou dans le testicule. Ce qui frappe dès le début, c'est l'énorme disproportion qui existe entre le volume de l'épididyme malade et le volume du testicule. C'est souvent à gauche, et la comparaison avec la glande du côté droit révèle une notable diminution. Le testicule n'est pas seulement surmonté, il est recouvert et comme englobé par l'épididyme. On ne saurait dire si le mal siège sur la queue, sur le corps et sur la tête. C'est tout l'appendice qui est pris, converti en un corps malade, mamelonné, dur, avec quelques points ramollis et adhérents au fond et surtout au bord externe de la bourse.

Nous sommes loin de cette forme, quasi chronique, de l'épididymite des adultes, où l'épididyme, quoique gros, peut osciller sur le testicule, régulièrement rond, lisse et en apparence inaltéré; c'est cette forme qui avait permis autrefois d'affirmer que la tuberculose est toujours épididymaire.

Le fait clinique qui domine, c'est que, dans l'immense majorité des cas, la marche du mal est rapide, que tel événement qui, chez l'adulte peut être considéré comme une complication: l'adhérence, la fusion aux bourses avec ramollissement, cet événement fait partie, dans sa manifestation hâtive, de la symptomatologie ordinaire de la tuberculose génitale des enfants.

Les circonstances présentes, et, le plus souvent, on n'a guère le temps de faire le parallèle entre les manœuvres économiques et l'intervention radicale. On n'a pas le choix.

Sans doute, j'ai vu parfois des phénomènes d'adhérence, de gonflement, de rougeur et de menaces d'ouverture de la peau s'amender sous l'influence d'un traitement local convenable et d'une médication reconstituante. La tension disparaissait, la peau reprenait sa couleur normale, mais elle n'avait pas cessé d'adhérer profondément à l'organe séminal, peut-être moins gonfle, mais toujours manifestement malade.

Chose curieuse: tandis que chez l'adulte le canal déférent est souvent altéré et parfois assez loin pour qu'on ait dû aller chercher au delà de l'orifice inguinal interne, chez l'enfant, les lésions de ce canal sont limitées; je n'ai jamais eu à dépasser l'orifice externe du trajet pour le couper hors des frontières du mal. Mais, par une particularité singulière, j'ai trouvé deux fois la vésicule séminale correspondante grosse et dure, le canal déférent étant intact. La suppression du testicule tuberculeux ayant été suivie en moins de quinze jours de la disparition de toute disposition anormale de la vésicule, il s'agissait donc là plutôt d'une « fluxion » symptomatique que d'une propagation de la tuberculose.

Dans la chirurgie des adultes, il y a des cas dans lesquels on peut attendre. Les lésions sont peu étendues, l'évolution en est plutôt lente, le traitement général peut beaucoup, et, d'ailleurs, rien ne presse en l'état. Quelquefois cette tuberculose lente intéresse les deux testicules. C'est une grosse affaire, pour la santé et pour le moral du malade, de pratiquer une opération double. Ceux d'entre nous cependant qui sont portés vers les actions économiques sentent et savent que les cautérisations et les curettages peuvent mener le chirurgien très loin.

Chez l'enfant, le caractère menaçant de la tuberculose testiculaire ne nous laisse guère hésiter. Nous n'avons pas alors à nous arrêter aux scrupules et aux mélancolies de la virilité compromise; nous savons comment le mal s'étend dans ces tissus tendres et imprégnables, que la nature en est souverainement dangereuse pour la vie et qu'il faut, avant tout, préserver l'organisme de l'infection.

L'infection se propage de deux manières: elle suit la voie des vaisseaux spermatisques ou la voie des lymphatiques inguinaux et iliaques.

J'ai vu, pour ma part, des adénites inguinales survenir à la suite de l'ouverture au scrotum de foyers caséux. J'ai pu suivre, dans quatre cas, avec la plus grande netteté, l'invasion consecutive des ganglions iliaques et assister à l'entrée en scène d'une véritable cachexie.

Je serai bref sur le moyen de préserver l'organisme de

l'infection tuberculeuse, directe ou détournée. Si l'organe malade est libre dans la vaginale ou flotte dans une hydrocèle, c'est une affaire de médecine; tout à plus pourrait-on proposer de faire une ponction suivie d'une injection iodée, l'iode pouvant agir directement sur les lésions tuberculeuses.

Si l'organe malade adhère au scrotum, s'il est gros, s'il fait la menace de s'abcéder, il est souvent bon de ne pas attendre pour ouvrir proprement le foyer, surtout si les événements ont marché vite. La cautérisation, le curettage nous permettent souvent de constater une cavité régulière, nette et relativement aseptique, après que nous avons atteint les limites du mal. Or, il faut parfois aller très loin, plus loin qu'on croyait aller, et nul doute que l'intégrité du testicule subsiste, dans l'ouverture, un préjudice essentiel.

Si nous n'avons pas dépassé le mal, le foyer de l'opération doit être l'objet de soins attentifs, il faudra traiter la plaie au moyen de la teinture d'iode, du chlorure de zinc, réprimer les bourgeons, veiller surtout à ce qu'ils ne s'infectent pas; et, malgré tout, il vous arrivera de voir un jour apparaître et saillir un fungus qui ne sera autre chose que le moignon du testicule désorganisé. L'évolution aura été de longue durée et, pour y faire face, il ne suffit pas que le chirurgien soit patient, il faut que le malade ait un bon état général. S'il est affaibli, malingre, il n'y a pas à hésiter: il faut couper au plus court.

C'est dans ce cas que la castration est indiquée. J'ai vu, à la suite de la castration, des enfants recouvrer l'appétit, reprendre des forces avec une rapidité invraisemblable, le foyer virulent qui les infectait ayant disparu.

Chez les enfants épuisés, l'intervention radicale est, si je ne me trompe, catégoriquement indiquée, alors même que les lésions génitales ne semblent pas considérables, pourvu toutefois qu'on ait la preuve que la cachexie ne dépend pas d'une autre tuberculose viscérale et que le testicule est seul en cause.

Chez les enfants demeurés robustes, on peut attendre si les lésions sont peu considérables et localisées sur une portion de l'épididyme.

Si l'épididyme est envahi totalement, comme il est probable que le testicule est aussi secondairement touché, si le mal semble prendre une allure rapide, il n'y a pas grand secours à attendre des manœuvres économiques.

L'organe est désormais perdu; ce n'est pas le chirurgien, c'est la tuberculose qui a accompli le sacrifice. La castration n'est, en réalité, qu'une manœuvre destinée à préserver l'organisme.

La question du traitement de la tuberculose testiculaire bilatérale est extrêmement délicate, mais à un autre point de vue ici que chez l'adulte. Un homme ne consent pas aisément à la suppression de ses deux testicules, quelque malades qu'il les sache être; nous avons le devoir de respecter la liberté et le droit de se laisser mourir, s'il se refuse à l'intervention. Pour l'enfant, nous devons, avant tout, songer à la conservation de la vie, même au prix de l'émasculat. On pourra opérer d'abord l'organe le plus malade et attendre, pour voir si l'état de l'autre ne s'améliore pas à la suite de la suppression du premier foyer de tuberculose.

Pyloroplastie et résection gastrique pour lésions multiples de l'estomac. — M. Tuffier. La chirurgie de l'estomac est bien établie dans ses grandes lignes, et les résections comme les anastomoses ne sont plus guère intéressantes que dans leurs résultats éloignés.

Nous pouvons donc aborder les indications et le manuel opératoire dans les cas un peu exceptionnels; c'est ce que je me fait vous présenter cette pièce de résection de l'estomac et l'histoire de la maladie qui portait une double lésion gastrique: sténose du pylore et tumeur de la petite courbure complètement indépendante.

M. J..., cinquante-huit ans, entrée le 25 Février 1899, salle Elisa-Roy, n° 2, Hôpital Lariboisière, sortie le 12 Avril. Cette femme, d'une très bonne santé antérieure et n'ayant d'autre antécédent pathologique qu'une crise de colique néphrétique, il y a six ans, nous est adressée pour une tumeur de l'estomac.

Le diagnostic tumeur de l'estomac est fait par deux de nos collègues, et l'intervention radicale paraît possible. Je pratique la laparotomie sus-ombilicale le 3 Mars. Incision de 10 centimètres; l'estomac se présente et le premier fait qui me frappe est sa forme légèrement bilobée. L'exploration me fait constater deux foyers morbides, une induration pylorique et une tumeur complètement indépendante de la première, occupant la partie médiane de la petite courbure. Le pylore est amené à l'extérieur; il est induré, épais, le petit doigt ne peut pénétrer dans sa lumière, il est lisse, sans trace d'engorgement ganglionnaire. La tumeur de la petite courbure est au contraire de volume d'une grosse noix, très dure, irrégulière; l'épiploon gastro-hépatique vasculaire est ratatiné à sa surface, et le tout d'une tumeur d'un néoplasme adhérent; ganglions du volume d'un haricot dans l'épiploon, mais sans induration spéciale. N'ayant pas rencontré de tumeurs multiples de l'estomac, aussi distantes, ne pouvant préciser la nature des lésions et considérant la forme régulière du pylore, et au con-

traire les caractères plutôt néoplasiques de la tumeur stomacale, je me décidai à pratiquer une pylorotomie qui me permette d'explorer plus complètement le pylore et la tumeur gastrique et d'agir sans augmenter les dangers de l'opération, suivant le résultat de cette exploration.

L'incision du pylore sur sa face antérieure dans l'étendue de 6 centimètres me fit constater que sa muqueuse était intacte, que sa paroi était fibreuse, blanche, mais sans vascularisation exagérée, sans noyaux de consistance différente. J'introduisis le doigt dans l'estomac, à travers cette incision, et je pus explorer la face interne, muqueuse, de la tumeur de la petite courbure. Je trouvai une dépression dans laquelle mon index pénétrait sur une surface dure et ligneuse, irrégulière, bosselée. Mon incision pylorique confirmait, au contraire, mes présomptions en faveur d'une sténose simple.

Je fis donc la pyloroplastie, suivant Heinecke-Mikulicz: le rétrécissement était peu épais, peu étendu, mobile, et son processus de formation paraissait bien éteint; les indications que je considère comme principales de cette opération étaient bien nettes. L'induration de la petite courbure me semblait un néoplasme. Je réséquai l'épiploon gastro-hépatique et l'estomac à son niveau. Je fis la réunion de la plaie gastrique d'avant en arrière, puis je fis l'épiploon-gastroptexie au niveau de la partie largement réséquée. Ma malade a guéri sans accident; elle est aujourd'hui dans un état général très bon, et son estomac fonctionne très bien. La pièce enlevée se présente à la coupe sous forme d'un noyau très dur, la muqueuse adhère à son niveau, et l'épiploon dur et adhérent à son niveau ferait penser à un épithélioma interstitiel. L'examen histologique a été pratiqué par M. Cazin, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu. Les quelques coupes pratiquées n'ont montré qu'un tissu fibreux sans noyaux d'épithélioma. Il s'agissait donc d'un ulcère ancien; toutefois, cet examen ne peut être admis que sous bénéfice d'inventaire, puisque M. Hayem nous a appris qu'il fait souvent des centaines de coupes pour arriver à déceler les lésions épithéliales au milieu de ces tissus fibreux qui semblent former toute la lésion.

Je crois que, dans ces cas difficiles, la *pylorotomie* est un bon moyen d'exploration, et comme elle peut conduire, sans lui nuire, à la pylorotomie, aussi bien qu'à la pyloroplastie, suivant qu'elle vous confirmera dans l'opinion d'une tumeur ou d'une sténose simple, elle ne me paraît pas devoir être si peu indiquée, elle ne mérite pas la place secondaire qu'on lui donne généralement. Je sais parfaitement, et par mes lectures et par mon expérience personnelle, combien il est difficile de préciser la nature d'une lésion gastrique, même après l'avoir ouverte sur la table d'amphithéâtre, combien ulcère et cancer se ressemblent quand ils ne sont pas associés. Il n'en est pas moins vrai que l'incision du pylore est un élément d'appréciation de plus et qu'il n'est pas négligeable puisque cette incision exploratoire peut devenir curative par sa transformation en pyloroplastie.

M. Poirier. Je vous ai présenté, le 22 Mars, un cancer de l'estomac que j'avais enlevé et qui pesait 275 grammes. Cette tumeur paraissait double: il y avait, en effet, sur la face postérieure de l'estomac un kyste de la grosseur d'une noix surajouté à la masse épithéliomateuse et qui était un petit foyer de péritonite purulente enkystée.

M. Hartmann. J'ai eu l'occasion de voir, chez M. Terrier, une déformation analogue. Sur le malade de M. Tuffier, j'aurais fait la résection.

M. Quénu. J'insiste sur la difficulté que peut présenter l'examen histologique. J'ai enlevé une tumeur stomacale que l'on crut d'abord être une lésion, et les premières coupes confirmèrent ce diagnostic. Mais les ganglions étaient épithéliomateux: le ganglion, en effet, donne une culture pure de la lésion qu'il reproduit simplifiée.

M. Tuffier. Je ne croyais pas soulever une telle discussion à propos de ce simple fait. Les lésions chirurgicales multiples sur un même estomac sont rares; j'en ai vu seulement deux cas sur une centaine d'opérations; et ce que M. Poirier vient de vous dire est absolument en dehors de la question puisqu'il s'agit, dans son cas, d'une péritonite purulente enkystée.

Quant à la logique de mon collègue Hartmann, elle ne me paraît pas précisément convaincante et voici pourquoi: je vous ai présenté ici même, il y a deux ans, une tumeur de l'estomac que j'avais enlevée dans un cas de diagnostic douteux et difficile. M. Terrier s'est élevé contre ma pratique, me disant que, dans les cas de doute, je devais faire la gastro-entérostomie et non la résection. Aujourd'hui, je vous présente un autre cas de tumeur: même lésion, même hésitation; je fais l'anastomose et M. Hartmann m'objecte: pourquoi n'avez-vous pas tout enlevé? Il faudrait s'entendre ou plutôt cette diversité d'opinions prouve tout simplement que, dans les cas difficiles, on agit suivant son impression, son expérience, et le sens vers lequel vous entraînent vos constatations diverses qui font pencher, si peu que ce soit, le plateau dans un sens, il est facile de faire de la critique après coup, comme il est aisé de corriger un diagnostic après l'opération: mais, quand on est aux prises avec des difficultés réelles, on est moins affirmatif; et je trouve que la perplexité, pendant nos opérations, augmente avec l'expérience acquise.

En fait, l'argumentation porte à faux puisque mes malades ont guéri. Dans le premier cas, l'estomac que

j'ai réséqué portait bien une tumeur maligne comme M. Hayem l'a constaté, et, dans le second, tout me porte à croire que ma malade guérie le restera longtemps.

J'ai insisté devant vous, comme tous ceux qui ont fait beaucoup d'opérations, sur les difficultés du diagnostic (les pièces en main) entre un ulcère et un cancer. Je vous ai montré ici même, il y a un an, un malade que j'avais opéré pour un ulcère, *un an après*, vous entendez bien, avant de vous le présenter, pour être bien sûr d'être à l'abri d'une erreur. Ce malade était alors gros et gras, mangeant et buvant, il n'en est pas moins mort ces jours derniers (deux ans après son opération) d'un cancer stomacal dans le service de M. Hayem. Voulez-vous un autre exemple? J'ai opéré un homme pour un cancer de l'estomac diagnostiqué par deux maîtres en pathologie gastrique. La tumeur était énorme, inextirpable. J'ai fait une gastro-entérostomie: mon malade opéré il y a un an se porte mieux que moi. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je ne vous apprendrais rien et je ne ferais que répéter une vérité bien acquise et dûment établie.

M. Quénu a appuyé ce que je vous disais, ou plutôt ce que m'ont appris Hayem et ses élèves Lion et Parmentier, sur la nécessité de faire des coupes innombrables avant de décider non cancéreuse une lésion fibreuse stomacale; j'enregistre son avis conforme. Quant à son examen des ganglions, devenus bouillottes de culture et réactifs du cancer, mon incompétence histologique m'empêche de le discuter. Mais ce que la clinique me permet de lui affirmer, c'est que nombre de gros ganglions, même dans un épithélioma, n'ont à la coupe aucune apparence d'altération cancéreuse. J'en ai envoyé ces jours derniers à mon collègue Letulle un superbe chapelet dans un grand épiploon. Quelques grains étaient cancéreux, d'autres semblaient des adénopathies simples. En revanche, j'ai vu de gros ganglions durs symptomatiques d'un vulgaire ulcère simple.

3 Mai 1899.

Ulcère du pylore formant tumeur; gastro-entérostomie postérieure. — M. Hartmann fait un rapport sur un cas très intéressant de gastro-entérostomie pour ulcère formant tumeur pratiquée par M. Mauclair.

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, porteur d'une tumeur para-ombilicale du volume du poing, assez mobile, douloureuse; la malade était extrêmement affaiblie et avait des signes de sténose pylorique.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur intra-gastrique sans inflammation périgastrique comprimant le pylore. On ne fit que la gastro-entérostomie, vu l'état de faiblesse de la malade. La guérison survint et persista depuis cinq mois: la tumeur a disparu.

Cette disparition rapide de la tumeur, après une simple gastro-entérostomie, est un fait très intéressant. D'ailleurs, des résultats du même genre sont connus de tous ceux qui sont au courant de la chirurgie stomacale.

A ce propos, j'insiste à nouveau sur les excellents résultats que donne la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcère de l'estomac.

M. Quénu. Je demande à M. Hartmann s'il ne connaît pas de cas de réapparition d'hémorragie stomacale après la gastro-entérostomie.

M. Tuffier. Pour ma part, je n'ai jamais vu de récurrence d'hématémèse après la gastro-entérostomie, et je ne saurais trop insister sur l'excellence des résultats que donne cette opération, dans les cas d'ulcère gastrique.

M. Hartmann. Je ne connais pas d'exemple de récurrence d'hémorragie après gastro-entérostomie pour ulcère gastrique.

J'estime, comme M. Tuffier, que la gastro-entérostomie est une excellente opération, mais je ne pense pas qu'il faille dire que c'est la seule intervention à pratiquer en pareil cas. L'extirpation de l'ulcère ne doit pas être systématiquement rejetée et toujours: c'est ainsi que dans les ulcères de la paroi antérieure de l'estomac, faciles à enlever et redoutables par leur perforation fréquente, l'ablation de l'ulcère est à conseiller de préférence. Dans les autres cas, on fera la gastro-entérostomie.

Hydronephrose externe. — M. Kirmisson. J'ai observé récemment un enfant de dix ans, atteint de douleurs siégeant dans l'hypocondre gauche, au niveau de la région rénale.

Cette enfant n'avait jamais rendu de pus ni de sang dans ses urines. Les accidents se répétaient toutes les fois qu'elle allait en voiture ou en chemin de fer. En même temps apparut une tumeur dans l'hypocondre gauche, que le médecin traitant diagnostiqua hydronephrose.

Les commémoratifs nous portèrent à penser qu'il s'agissait d'une hydronephrose causée par un calcul.

L'opération fut décidée et pratiquée: je tombai sur une poche que je vidai par évacuation, et après, je fus étonné de voir qu'il s'agissait d'une sorte d'hydronephrose externe, développée entre le rein et la capsule. J'attirai le rein dans la plaie, l'incisai sur son bord externe, et je trouvai encore un peu d'urine, mais en très petite quantité, dans le bassin. Il n'y avait pas de calcul.

M. Albaran. Je présente les reins d'un chien auquel j'avais fait, sept mois avant sa mort, la ligature d'un des urètres. Sur le rein correspondant, existait une collec-

tion sereuse de 100 grammes environ, développée entre la capsule et le parenchyme rénal. Cette pièce est la reproduction expérimentale de l'hydronephrose observée par M. Kirmisson.

Néphrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus. — M. Broca. L'anurie au cours du cancer de l'utérus est fréquente, mais n'a pas été souvent combattue par une opération chirurgicale. M. Chavannaz nous a adressé, à ce sujet, l'observation suivante.

Une femme de quarante-trois ans fut admise, dans le coma, le 8 Septembre 1898, à l'hôpital, n'ayant pas uriné depuis trois jours. Le rein gauche ne pouvait être senti au palper, mais le rein droit descendait presque jusqu'à l'ombilic; quelques gouttes d'urine seulement dans la vessie. Le toucher vaginal révéla un utérus immobilisé par un épithélioma infiltré dont les premiers symptômes datent du mois d'Avril 1897.

Une intervention chirurgicale d'urgence s'imposait en principe; mais des circonstances indépendantes de la volonté de M. Chavannaz la firent différer. Une saignée de 500 grammes suivie de l'injection de 500 grammes de sérum artificiel fut donc pratiquée et renouvelée le lendemain. Le 10 Septembre, la diurèse était obtenue. Mais le 18 Septembre, les urines se supprimèrent à nouveau, et cette fois une injection de sérum, pratiquée le 20 Septembre, resta impuissante; le 25 Septembre, à l'anurie se joignirent de la céphalée, des douleurs de reins; le 26, un vomissement, bouffissure de la face, pupilles contractées, pouls à 120.

Aussi la néphrostomie lombaire fut-elle entreprise à droite parce que le rein droit descendait à l'ombilic, le rein gauche n'étant pas perceptible.

Les suites opératoires furent des plus simples. A partir du 30 Septembre, un peu d'urine du rein gauche fut expulsée par l'urètre, mais cela ne dura pas. A partir du 14 Octobre, le drain du bassin droit fut remplacé par une sonde de Pozzi, adaptée à un urinal.

Le 19 Novembre, la malade rentra chez elle, et, le 8 Mars 1899, elle était en bon état. Il existait cependant de l'œdème de la face et une albuminurie notable. Toute l'urine s'écoule par la fistule: le rein gauche ne fournit rien dans la vessie.

Ce dernier fait démontre que le rein gauche est atrophie, anihilé, et que l'anurie complète n'a pas été due, un des urètres étant obstrué, à un réflexe de l'autre rein, comme cela s'observe dans certaines anuries calculeuses, comme j'en ai publié un cas très net pour une obstruction cancéreuse de l'uretère gauche; dans ces cas, l'urine s'écoule, ne tarde pas à reprendre, pour une moitié, la voie vésicale.

Si l'on envisage tout spécialement la néphrostomie pour anurie par cancer utérin, on constate que l'opérée de M. Chavannaz, actuellement vivante au bout de plus de cinq mois, est celle qui a le plus de survie parmi celles dont MM. Picqué, Jayle et Labbé, Jayle et Desfosses ont publié l'histoire, et qui ont survécu 105, 19 et 73 jours.

Traitement de la tuberculose du testicule. —

M. Tuffier. Le traitement de la tuberculose du testicule n'a pu être modifié depuis votre dernière discussion que d'après deux notions générales scientifiques nouvelles qui sont: 1° la nature infectieuse de la tuberculose; 2° l'histoire de l'importance de la sécrétion interne du testicule selon la thèse de Brown-Séquard. C'est donc à examiner quelle a été l'influence de ces deux découvertes sur la thérapeutique que nous devons nous borner. Dès 1883, je fus, comme tous mes collègues, très séduit par l'idée qu'une tuberculose testiculaire pouvait être le point de départ d'une infection générale et, confiant dans cette doctrine dont m'avaient cependant éloigné les conseils de mes maîtres Verneuil et Guyon, je pratiquai la castration pour éviter la diffusion de la bacillose. Je m'aperçus rapidement que ces idées théoriques étaient absolument fausses et que l'ablation du testicule n'empêchait pas l'évolution de la tuberculose, car, dès 1889, je voyais un jeune homme de quinze ans, auquel j'avais pratiqué la castration à gauche, revenir un an après me retrouver avec une tuberculose du testicule droit. A mesure que ma pratique s'étendait, je compris que l'idée d'infection ne pouvait en rien nous servir pour baser notre thérapeutique et que, à la notion stérile d'anatomie pathologique (infection), il fallait substituer la notion féconde de physiologie pathologique basée sur l'évolution clinique de la tuberculose testiculaire. Les faits démontrent qu'on peut trouver, dans la tuberculose du testicule, toute la gamme ascendante des lésions tuberculeuses, mais que les formes locales et indéfiniment localisées étaient la règle, alors que la bacillose rapidement propagée était l'infime exception. Je connais et suis des malades depuis dix à quinze ans qui présentent des tuberculoses testiculaires, voire même prostatiques, sans tendance à la diffusion, sans altération de la santé générale. C'est en m'appuyant sur ces faits qui permettent de ranger la tuberculose testiculaire à côté des variétés de tuberculose bénigne des séreuses pleurale et péritonéale, que ma conduite est actuellement la suivante. Je réserve la castration aux cas de tuberculose hypertrophique. Le testicule et l'épididyme sont alors très volumineux et infiltrés d'énormes noyaux caséux rappelant par leur volume un néoplasme. Dans les épithéliomes localisés, si le noyau n'a pas de tendance à augmenter, je l'abandonne à lui-même en le défendant

contre les traumatismes par le port d'une suspensoire et en traitant l'état général. S'il augmente de volume, j'en pratique l'ablation, c'est-à-dire la résection partielle de l'épididyme; je préfère ces opérations à la castration qui, supprimant la glande, supprime du même coup sa sécrétion interne et trouble profondément l'organisme. Quand ce même noyau est suppuré et fistuleux, je pratique le grattage ou la cauterisation ignée. Quant à la castration, elle me paraît relever d'une indication générale qui est la suivante: toutes les fois que le testicule devient, par son volume, par les douleurs qu'il provoque, par la suppuration dont il est le siège, une cause d'affaiblissement pour le malade, il doit être enlevé non pas par crainte de diffusion, mais comme traitement palliatif. Le manuel opératoire que je suis dans ces cas consiste à enlever la peau fistuleuse, la vaginale et le testicule sans l'ouvrir. J'ai montré, il y a dix ans, que l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire contenait un liquide virulent tuberculeux et j'ai insisté alors sur la nécessité de l'ablation de la vaginale dans ces cas.

(A suivre.)

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Avril 1899 (Suite et fin).

Rétrécissement mitral et arrêt de développement. — M. A. Delpouch. Je viens de voir mourir asystolique une malade de vingt-cinq ans, offrant un exemple de ces arrêts de développement qui coïncident avec des altérations cardio-vasculaires et qu'on a groupés, avec tant d'autres syndromes disparates, sous l'étiquette très discutée d'infantilisme.

De ses antécédents et de son passé morbide, deux notions seules sont à retenir: une hérédité tuberculeuse, une vieille lésion cardiaque. De cette double source, source peut-être unique au fond, a découlé toute l'histoire de notre malade, telle que nous l'ont montrée l'observation clinique et l'examen cadavérique.

L'examen clinique révélait l'existence d'un rétrécissement mitral, mais le point sur lequel je veux attirer l'attention, est la juvénilité persistante (Lorrain) de notre malade. A l'âge de vingt-cinq ans, qu'avait notre sujet, tous les attributs superficiels, tous les caractères profonds de son être, la voix, le revêtement pileux, la forme de la poitrine, la charpente même du corps et la fonction féminine par excellence, tout rappelait à la pensée, non l'âge adulte, mais la période prépubère qui, chez la femme, a sa fin naturelle et sa conclusion peu après quatorze ans.

Par contre, l'état du squelette montre que le travail de soudure des épiphyses est achevé; pour n'en citer qu'un indice, la clavicle, dont l'extrémité interne ne se soude que de vingt et un à vingt-cinq ans, est tout entière ossifiée. C'est que l'organe qui paraît avoir sous sa dépendance propre l'accroissement du système osseux qu'il régit à la mesure de son activité, nous voulons dire le corps thyroïde, est absolument normal et sain.

Enfin, l'autopsie confirma les lésions cardiaques prévues: rétrécissement mitral, sténose aortique.

Quel lien unissait les lésions diverses que portait notre malade? Deux opinions peuvent être proposées.

Dans une première hypothèse, une endocardite grave survenue dans le tout jeune âge, ou même pendant la période fœtale, aurait déterminé le rétrécissement mitral, et de là auraient découlé, comme d'une source unique, et la sténose totale de l'aorte, et l'arrêt de développement des organes génitaux, et le reste.

Mais n'est-il pas étrange de voir l'arrêt de développement s'étendre à tous les systèmes, exception faite d'un seul, du système osseux?

Et puis quelle serait la cause de cette endocardite fœtale ou infantile?

La seconde hypothèse nous séduit plus. La tuberculose familiale (mère) aurait transmis par héritage un état particulier d'impuissance. Le nouvel organisme aurait reçu une provision insuffisante de forces, une trop faible impulsion première, du fait de cette infirmité du germe, de cette *asthénogénie*, et il aurait avancé lentement dans la vie, s'attardant à tous les obstacles, s'arrêtant même à un dernier, impuissant à le franchir.

De l'observation qui précède paraît se dégager un double enseignement. Tous les faits d'infantilisme, myxoédémateux ou autres, n'ont pas une même origine et ne trahissent pas tous une insuffisance de la fonction thyroïdienne.

En second lieu, l'étude anthropométrique de notre sujet et de quelques autres montre la nécessité de préciser, par des mesures rigoureuses, les caractères anatomiques des types qu'on oppose à l'infantilisme proprement dit, à l'infantilisme myxoédémateux. Sans cette détermination, on s'expose à confondre ces caractères, soit avec ceux de l'âge adulte, soit avec ceux de la première enfance, alors que chaque âge de la vie a sa conformation propre, sa personnalité.

M. Rendu. On peut se demander si l'arrêt de développement des organes n'est pas précisément la conséquence de la lésion cardiaque, laquelle pourrait provenir de causes infectieuses communes.

M. Delpouch. Les deux seules infections (variolo-rhumatisme) qui évoluèrent sur notre malade survinrent lorsque l'arrêt de développement était déjà constitué.

De plus, si l'arrêt de développement avait été consécutif à la sténose mitrale, pourquoi la glande thyroïdienne et le système osseux auraient-ils échappé au sort commun?

5 Mai 1899.

Cyanose, rétrécissement de l'artère pulmonaire sans souffle. — MM. Variot et Devè présentent le cœur d'un enfant de quinze mois. Cet enfant était atteint de cyanose congénitale. La lésion trouvée à l'autopsie, prévue à cause de sa fréquence, était un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec perforation de la cloison interventriculaire. Le rétrécissement était extrêmement marqué; pendant la vie, on ne put cependant trouver aucun souffle dans la région précordiale. M. Variot a déjà rapporté un cas semblable dans lequel il n'y avait aucun signe stéthoscopique. L'exploration de ces faits est extrêmement difficile.

A propos d'un cas de sialorrhée de cause inconnue chez une femme de cinquante-quatre ans.

— M. Triboulet. A l'occasion d'une grippe légère, la malade que je présente à la Société fut soumise à un régime tonique insignifiant (sulfate de quinine, 20 centigrammes pendant huit jours) et à un régime ioduré (50 centigrammes d'iodure de potassium par jour), du 21 Mars au 2 Avril.

A cette dernière date, on cessa l'iodure, et, dès le lendemain, la malade est prise de sialorrhée progressive qui, pendant un mois, lui fait éliminer un litre au minimum d'une salivation filante. L'intérêt de l'observation se concentre sur le diagnostic.

Il s'agit d'une femme robuste, de dentition parfaite, sans stomatite, ni parotidite, sans tar organique d'aucune sorte, avec urines normales. Pas de trace d'hystérie; s'agit-il d'une sialorrhée post-grippale?

La grippe a été bien légère. Il semble que, suivant l'hypothèse la plus vraisemblable, ce soit l'iodure qui ait été la cause des troubles salivaires; ce qui reste surprenant, c'est que la salivation n'ait pas été contemporaine de l'usage de l'iodure, mais qu'elle l'ait suivi, comme s'il y avait eu, au préalable, saturation lente de l'organisme.

M. Rendu. Ce qui est remarquable, en effet, c'est que la sialorrhée ne survint pas pendant l'administration de l'iodure, mais le lendemain de la cessation de ce médicament; peut-être y eut-il phénomène d'accumulation?

M. Variot. L'iodure de potassium est un médicament qui s'élimine souvent très lentement. Dans les expérimentations, on retrouve l'iode dans les urines, quelquefois trois semaines après la cessation du médicament.

M. Le Gendre. Dans l'observation de M. Triboulet, il est un fait curieux, c'est que la sialorrhée cessait la nuit, quand la malade dormait; ceci n'indique-t-il pas l'action prédominante du système nerveux?

Hypotension artérielle dans la maladie de Parkinson. — MM. A. Sicard et G. Guillaïn. — Au cours de nos recherches dans les services de MM. Raymond et Marie, sur l'influence que pouvaient exercer, sur les variations de la tension artérielle, les tremblements dans les maladies du système nerveux, nous avons constaté une hypotension artérielle constante dans la maladie de Parkinson. Cette hypotension ne présente aucun rapport avec le tremblement parkinsonien, l'âge du malade, le début de l'affection; elle existe dans les formes complètes de la maladie aussi bien que dans les formes frustes; parkinsoniens soudés et trembleurs, parkinsoniens à seule attitude soudée, parkinsoniens trembleurs unilatéraux.

La tension artérielle reste, au contraire, normale chez les autres trembleurs par hérédité, alcoolisme, saturnisme, hystérie, sénilité; ou chez les agités musculaires; tiqueurs, choréiques, myocloniques.

La recherche de ce signe peut donc être utile au diagnostic dans certains cas difficiles.

La pathogénie de cette hypotension reste incertaine. La pression artérielle est fonction de facteurs multiples. Peut-être peut-on incriminer, chez ces malades, la rigidité musculaire si spéciale, symptôme primordial et constant qui peut jouer un rôle discret sur la perméabilité des vaisseaux, ou, mieux encore, invoquer, en raison des troubles vaso-moteurs si fréquents dans la paralysie agitante, un trouble dans l'innervation sympathique.

Névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entéro-colite aiguë. — M. Louis Rénon. Chez un enfant de huit ans, j'ai observé une série d'accidents qui me paraissent ressortir à une névrite du pneumogastrique, et qui se sont développés au cours d'une entéro-colite aiguë caractérisée par une éruption morbilliforme et des selles qui contenaient jusqu'à deux litres par jour de mucosités sous forme d'une gelée verdâtre, tremblante, analogue à un amas de grains de raisin décortiqués.

On constatait une dyspnée très violente (60 respirations à la minute), des vomissements incessants, de l'inégalité, de l'intermittence et de l'irrégularité du pouls qui était très rapide (140 à 150 pulsations à la minute); les battements du cœur étaient irréguliers, tantôt précipités ou battements d'ailes d'oiseau, tantôt lents, sans le moindre bruit de souffle. Le tout s'accompagnait de menaces de syncope et d'asphyxie avec tendance au collapsus. Ces accidents durèrent une douzaine de jours et cédèrent complètement à l'emploi de la diète hydrique. Après quelques mois de nouvelles poussées légères d'entéro-

colite, la petite malade est aujourd'hui complètement guérie.

Il s'agit là d'accidents nerveux graves, comme M. Hutinel en a rapporté récemment des exemples, et spécialement de névrite du pneumogastrique, comme on en observe dans les formes toxiques de la diphtérie et de la grippe, et qui paraissent plus sous la dépendance de l'intoxication que de l'infection.

Il est de notion courante aujourd'hui que la viande, le bouillon, le lait aggravent et précipitent les accidents, qui, cèdent au contraire, presque immédiatement à la diète hydrique et aux farineux. S'agit-il d'une simple pullulation microbienne dans un milieu de culture plus favorable, ou s'agit-il plutôt d'une action purement chimique, avec ou sans l'adjonction d'un ferment soluble contenu dans les parois des microbes intestinaux, comme la zymase dans la levure de bière, ou d'un ferment mis en liberté aux dépens de l'intestin lésé ou de son contenu, et aboutissant en dernière analyse à la formation d'une toxalbumine? Ce sont des questions intéressantes à soulever, mais qui ne peuvent être résolues à l'heure actuelle.

Il est donc possible, au cours d'entéro-colite aiguë de la seconde enfance, d'observer de la névrite du pneumogastrique, accident qui peut céder d'une façon surprenante à la diète hydrique.

Hémi-hypéresthésie névro-musculaire (syndrome de Weill) avec transfert. — M. L. Jacquet. Le malade que je vous présente est un exemple de ce syndrome intéressant, décrit par Weill chez les tuberculeux, et qui consiste en une hémi-hypéresthésie profonde, associée à des troubles variables des sensibilités cutanée et sensorielle.

Weill trouva la douleur systématisée des muscles et parfois des articulations et des os. Je trouvai plus tard celle des troncs nerveux, qui, je le crois, commande la première; et l'ordonnance systématique de ces hypéresthésies est assez frappante pour qu'on puisse assigner à ces phénomènes le nom de syndrome de Weill.

Très fréquent, presque constant chez les tuberculeux, il ne leur est point exclusif: je le montrai l'an dernier ici même. J'en ai recueilli depuis un grand nombre d'observations et sans doute en ferai-je bientôt l'étude détaillée.

Je veux me borner aujourd'hui à vous signaler une particularité de ce syndrome: à savoir son transfert à l'autre côté sous l'influence d'une irritation localisée à ce dernier.

Dans un premier cas, le syndrome de Weill, très net à gauche, se transféra à droite sous l'action d'une orchépididymite droite. L'orchite guérie, il retrouva sa localisation première pour passer de nouveau à droite, parallèlement à un réveil de l'orchite.

Dans un second cas, celui du malade que vous voyez, le syndrome très complet, très net à gauche, et dépendant d'une lésion pulmonaire de ce côté, se transféra brusquement à droite. J'en trouvai la raison dans un foyer récent de broncho-pneumonie limitée à la base de l'aisselle droite. Ce foyer disparut, et le syndrome reprit sa systématisation gauche.

L'explication de ces faits cliniques, je la vois dans la série des recherches trop oubliées de Brown-Séquard sur l'inhibition et la dynamogénie. Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du côté où elle siège, affaiblit celle du côté opposé. Une irritation ultérieure de ce dernier tire à elle l'hypéresthésie.

Cela nous explique la fréquence du syndrome de Weill chez les tuberculeux: il est dû, comme le suppose Weill, à l'excitation des nerfs pulmonaires, et surtout (je le prouverai) à celle des nerfs intercostaux et des ganglions sympathiques. Sa localisation est donc commandée par celle des lésions mêmes, mais il oscille au gré des poussées congestives et broncho-pneumoniques si fréquentes chez ces malades. Aussi Weill, dans quelques cas, l'a-t-il rencontré du côté opposé aux altérations fixes de l'un ou de l'autre sommet.

L'analogie de ce syndrome et de ses oscillations avec les faits de transfert étudiés par Charcot, Debove, Dumontpallier, etc., ne saurait être méconnue; voilà donc posée, avec Weill, la question des rapports avec l'hystérie. Or, contrairement à ma supposition première et à celle de M. Janselme, la nature hystérique de ce phénomène n'est point établie; et, bien plutôt, les faits analoges dits hystériques paraissent devoir être rapprochés de lui. Rumpf (de Dusseldorf) a montré, de façon délicate et précise, qu'à l'état sain, la sensibilité perd d'un côté ce qu'elle gagne de l'autre. Les faits d'anesthésie et d'hypéresthésie tels que le syndrome de Weill et tels peut-être que certains troubles hystériques de sensibilité ne semblent que le grossissement des modifications physiologiques étudiées par Rumpf.

Tout cela, au total, est dominé par cette loi formulée par Brown-Séquard: « Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme, sans modifier plus ou moins profondément l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux. »

Pelade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication dans le cours d'une néphrite chronique probablement de même origine. — M. Léon Bernard rapporte l'observation d'un homme âgé de quarante-quatre ans, atteint de néphrite à type épithélial (albuminurie abondante, œdèmes et diarrhée) et qui présentait diverses manifestations cutanées; la pathogénie est inté-

ressante à noter dans ce cas particulier. Ce malade a subi, il y a quelques années, une pelade généralisée, suivie d'une pousse de petits poils blancs secs et rares dont l'évolution dura en tout deux mois; puis, à la suite, il vit se développer, en même temps que des crises d'urémie, du prurigo et du vitiligo dont on constate actuellement les lésions. L'auteur montre que l'existence de cette néphrite, qui présente le type clinique des néphrites toxiques, n'est liée à aucune intoxication décelable par l'examen du malade; que l'évolution singulière de la pelade et du vitiligo est à rapprocher de leur coexistence avec le prurigo qu'on rencontre communément au cours des néphrites; ces diverses affections sont sans doute liées entre elles par l'auto-intoxication, qui se révèle en outre par l'hypertoxïcité du sérum. M. Bernard pense que les manifestations cutanées ne sont pas dues à une auto-intoxication par perméabilité rénale, car l'épreuve du bleu de méthylène a montré que le filtre rénal était peu altéré fonctionnellement; il est vraisemblable que l'auto-intoxication, dépendant sans doute des troubles de la nutrition cachés dont témoigne seule l'hyposéururie, est ici primitive et que c'est d'elle que relèvent toutes les affections cutanées et la néphrite elle-même, qui ont évolué parallèlement.

Quoi qu'il en soit, cette observation peut contribuer à éclairer la pathogénie de la pelade et du vitiligo.

Présentation d'instrument. — M. Gilles de la Tourette présente à la Société un thermo-esthésiomètre.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

5 Mai 1899.

Lésion d'un diverticule de Meckel simulant l'appendicite. — MM. Macaque et Blanc présentent les coupes d'un diverticule de Meckel enflammé. Lorsque la laparotomie a été pratiquée, on croyait qu'on allait trouver une appendicite : début brusque, signes d'appendicite subaiguë. On tomba sur un diverticule dont la paroi était piquée par une arête de poisson.

En rapprochant de ce cas les lésions observées dans une folliculite diverticulaire encore plus accusée, on voit que ces lésions rappellent, sur les coupes, celles de l'appendicite.

Ulcère perforant de l'estomac. — M. Croisier montre un estomac qui est percé au milieu de sa paroi antérieure d'un ulcère à bords en gradins dont le fond s'est ouvert dans la cavité péritonéale. Cette ouverture, grande comme une pièce de 20 centimes, a provoqué les premiers symptômes de la lésion, demeurée latente jusqu'alors.

La malade était entrée en pleine péritonite : la constatation du maximum des symptômes douloureux, au niveau de la fosse iliaque droite, avait fait porter le diagnostic d'appendicite. L'opération montra l'intégrité de l'appendice ; on se borna à drainer la cavité péritonéale par une triple ouverture.

M. Morestin dit que l'on est d'accord maintenant pour chercher, dans ces cas, du côté de l'estomac, quand on ne trouve pas en l'appendice la cause de la péritonite.

M. Cornil rappelle les cas où la perforation de l'ulcère gastrique se produit avant que tout phénomène clinique ait pu attirer l'attention du côté de l'estomac. Il en a observé deux dans le courant de la même semaine, il y a une dizaine d'années : l'un de ces malades fut pris subitement devant l'Hôtel-Dieu et mourut dès son entrée à l'hôpital; on trouva une grande perforation gastrique qui avait livré passage au contenu de l'estomac, vin et aliments, répandus dans le péritoine.

Endocardite à bacilles de Koch chez une tuberculeuse. — M. Aguerre (de Montevideo) a trouvé, à l'autopsie d'une tuberculeuse, morte dans le service de M. Cornil, de petites végétations endocarditiques au niveau de l'orifice mitral.

Sur les coupes, entre la surface de l'endocarde enflammé et la couche de fibrine qui la tapisse, on voit quelques bacilles de Koch.

Lipome du périmé. — M. Morestin montre une grosse tumeur qui faisait saillie au niveau de la région périméale, et avait mis vingt ans à se développer. Dans les derniers temps, le sommet de la masse s'était ulcéré, était devenu suintant et on remarquait, à son niveau, un trajet fistuleux.

L'ablation a permis de faire l'examen histologique, qui a révélé un lipome.

M. Milian, qui a fait les coupes, a constaté, outre le tissu lipomateux, un revêtement embryonnaire le long du trajet fistuleux, avec des cellules géantes, sans qu'on puisse mettre en évidence de bacilles tuberculeux.

Tumeurs diverticulaires de l'ombilic. — M. Blanc et M. Weil ont eu l'occasion d'étudier 2 cas de tumeur adénoïde diverticulaire; ils ont constaté la présence de dilatations glandulaires kystiques, de cellules éosinophiles et de formations papillaires rappelant les villosités intestinales.

Péritonite par perforation à la fin du premier septenaire de la fièvre typhoïde. — M. Saquépé apporte l'intestin d'un typhique, opéré douze heures

après une perforation survenue à la fin du premier septenaire, et mort peu d'heures après. On constate une ouverture à 74 centimètres de l'orifice iléo-cæcal.

Foyers hémorragiques du foie. — M. Saquépé montre un foie qui porte en trois points un caillot volumineux, dont l'un, superficiel, couvre la face antéro-supérieure de l'organe. L'examen microscopique sera nécessaire pour établir s'il ne s'agit pas de volumineux angiomes.

Perforation de l'intestin survenue après une hystérectomie vaginale. — M. Georghiu présente l'intestin d'une malade qui fut prise, deux jours après une hystérectomie vaginale, de symptômes graves qui nécessitèrent l'ablation des mèches, manœuvre qui amena un flot de matières fécales. Se basant sur l'absence de symptômes fonctionnels pendant deux jours et sur la position élevée de l'anse perforée dans la cavité abdominale, sans rapports avec le foyer opératoire, le présentateur se demande s'il ne s'agit pas d'une coïncidence malheureuse. Ce n'est pas l'avis de la Société, qui croit à une perforation traumatique.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4 Mai 1899.

Pityriasis rubra pilaire. — M. Du Castel. Il s'agit d'une fillette de cinq ans, dont les lésions sont localisées à la paume des mains, à la face dorsale de celles-ci, à la plante des pieds, aux coudes et aux genoux.

La maladie s'est caractérisée ici par une desquamation en plaques de toute la paume des mains et de la plante des pieds. Les ongles ont été, contrairement à l'habitude, absolument respectés. A la face dorsale de la main et des doigts, se sont produites de petites saillies papuleuses, dures, sèches, ne contenant pas de poil appréciable. Aux coudes et aux genoux existent des plaques squameuses, à desquamation fine rappelant le psoriasis. Les caractères des éléments de la face dorsale de la main nous semblent, à eux seuls, permettre le diagnostic de pityriasis rubra pilaris.

M. Besnier. En examinant avec attention chacune des lésions de cette petite malade, chacune d'elles est suffisamment caractéristique pour permettre le diagnostic. Mais on comprend, en présence des desquamations des genoux, des coudes, en présence de la desquamation spéciale des mains, le nom de psoriasis pilaire donné par Bazin.

Dermatite herpétiforme; éosinophilie; épreuve de la perméabilité rénale. — MM. Danlos et Leredde.

Le malade que nous présentons portait, il y a un an environ, quelques bulles au niveau du scrotum. Il fut soumis par son médecin à l'action d'un rob dépuratif végétal, qui, d'après notre enquête, contenait de l'iode. Après deux mois de cette médication se produisit une éruption, presque généralisée, de bulles couvrant le corps sans, pour ainsi dire, laisser un intervalle sain. L'éruption de ces bulles avait été précédée par l'apparition de plaques érythémateuses, et au début, la vésiculation fut nettement herpétiforme. En ce moment, le malade porte une quantité de croûtes et de squames, et il souffre de démangeaisons vives.

La proportion d'éosinophiles dans le sang atteint 20 pour 100; dans les bulles, elle est de 50 à 70 pour 100.

Nous avons pensé que la perméabilité rénale pouvait, dans une dermatose si étendue, être fortement compromise, et nous avons fait subir à notre patient l'épreuve du bleu de méthylène. Nous avons vu qu'il éliminait la substance dans le temps normal, mais qu'il avait des à-coups dans l'élimination : à certains moments, le bleu cesse de passer pour repaître ensuite. Ces arrêts semblent coïncider avec l'apparition de chromogènes dans l'urine, et, d'après l'état actuel des connaissances, il y aurait dans ce cas une légère insuffisance hépatique.

M. Augagneur. Notre interne, M. Lépine, a fait avec nous des recherches sur la perméabilité rénale dans les dermatoses. Il n'a jamais trouvé qu'elle fût diminuée.

Cas anormal de mycosis fongicide. — M. Augagneur. Les lésions sont localisées aux mains et aux pieds. Depuis plusieurs années existaient des érythèmes prémycosiques qui ne furent jamais squameux ni lichénoides.

Aux mains, la lésion dominante est un œdème dur, très considérable; cet œdème est variable, il disparaît souvent en partie, jamais complètement, il est plus marqué à gauche qu'à droite.

Aux pieds, l'œdème fut suivi de tumeurs dont les unes s'ulcèrent, tandis que les autres entraient en régression spontanée.

La malade ne présente pas d'autres lésions. Par le type d'œdème qu'elle présente aux mains, cette malade rappelle la lymphodermie pernicieuse de Kaposi. Par les tumeurs développées d'emblée aux mains, la malade se rapproche du type Vidal-Brocq.

Artérites syphilitiques. — MM. Gastou et Herscher. La malade que nous vous présentons fut antérieurement soignée par M. Huchard pour des phénomènes douloureux et de l'angoisse précordiale. Elle fut, à cette époque, caractérisée comme artérite aiguë avec souffle

systolique aortique. Récemment, elle vint dans le service de M. le professeur Fournier, avec des lésions d'asphyxie des extrémités : couleur violacée des doigts, refroidissement, desquamation, gangrènes locales. Elle était à ce moment en pleine asystolie. En examinant la malade, nous découvrièmes aux jambes des cicatrices apparentes syphilitiques, une périostite très nette. En même temps, nous apprîmes que le mari avait des lésions spécifiques de la paume des mains et de la plante des pieds, et qu'il portait à la verge la trace d'un accident spécifique.

La malade fut soumise au traitement ioduré, la myocardite s'amenda, les troubles trophiques des extrémités disparurent, et la malade a pu venir de son lit jusqu'à la Société sans trop de fatigue.

M. Fournier. L'intérêt de ce cas est la résurrection de la malade sous l'influence du traitement. Nous avons été heureusement guidés ici par l'existence d'une périostite. Le traitement spécifique et le vin de Trousseau ont fait le reste.

(A suivre.)

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1899.

(Suite.)

Deux cas de tumeurs volumineuses de l'épiglotte : lipome et fibrome. — M. Garel (de Lyon), cite deux observations de tumeurs volumineuses siégeant sur l'épiglotte. Ces tumeurs sont assez rares. M. Garel a déjà publié antérieurement un cas de fibrome de l'épiglotte.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un fibrome observé chez une malade de cinquante-cinq ans. La tumeur refoulait l'épiglotte; elle avait le volume d'un petit œuf et parfois elle s'avancait dans la cavité buccale. Elle fut enlevée sans hémorragie au moyen de l'anse galvanique.

Les fibromes sont d'une rareté relative. Bien plus rares encore sont les lipomes du larynx, puisque M. Garel n'a pu trouver que 13 cas antérieurs à celui qu'il publie aujourd'hui. Il a rencontré ce lipome de l'épiglotte chez un ecclésiastique âgé de soixante et un ans. La tumeur était implantée sur la fossette glosso-épiglottique droite. Elle donnait lieu à un cornage considérable, mais sans accès de suffocation. Ce lipome fut enlevé également sans hémorragie avec l'anse galvanique; il pesait 25 grammes.

Les lipomes du larynx sont toujours volumineux; ils ont un pédicule de petite dimension et sont très mobiles. Les récidives des lipomes sont assez fréquentes; parfois, elles se font sur le type fibreux.

Ces tumeurs sont jaunes ou rougeâtres, elles ont une forme arrondie et parfois lobulée.

L'ablation a été pratiquée avec des ciseaux ou l'anse froide. L'anse galvanique est préférable. La pharyngotomie est rarement indiquée.

Sur les végétations adénoïdes chez l'adulte. — M. Vacher (d'Orléans). Ces végétations sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Sur 400 hommes d'un régiment, 13 avaient des végétations dont beaucoup, par leur volume, nécessitaient l'opération.

Sur 1.000 malades examinés à sa clinique, l'auteur en a trouvé 15 pour 100 atteints de lésions du cavum. Dans un premier groupe, de deux à trente ans, il a constaté quatre manifestations principales du lymphatisme : amygdalites à répétition, eczéma du nez et de l'oreille, troubles oculaires, otites moyennes suppurées. Dans le second groupe, de trente à quatre-vingts ans, l'otorrhée, la rhinite hypertrophique, l'otite sèche, l'ozène dominaient.

Pour examiner le cavum, il faut préférer le miroir au toucher digital. Quant au traitement, il faut renoncer aux badigeonnages du cavum qui sont insuffisants et pratiquer un curetage de l'amygdale pharyngée.

Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. — M. Moure (de Bordeaux). Contrairement à l'opinion des auteurs, qui tous proposent, pour enlever les tumeurs malignes des fosses nasales, l'opération par la voie externe, M. Moure pense que les tumeurs malignes des fosses nasales, opérables, c'est-à-dire n'ayant pas dépassé les cavités du nez à proprement parler, peuvent être enlevées complètement par les voies naturelles.

Il classe la région inférieure (cloison cartilagineuse, cornet inférieur, vomer); tumeurs de l'étage moyen du nez (méat moyen, cornet moyen, tiers inférieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde); enfin, tumeurs de l'étage supérieur occupant le labyrinthe ethmoïdal, la partie supérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, la région sphénoïdale.

Ces différents néoplasmes peuvent tous être enlevés sans opération externe, à la condition de procéder par morcellement, d'aller assez vite, de manière à éviter un écoulement sanguin trop abondant. Dans tous les cas, l'opérateur est toujours maître de l'hémorragie qu'il peut facilement arrêter. Il peut procéder en plusieurs séances pour arriver jusqu'au point d'insertion de la tumeur

qu'il voit toujours très nettement, grâce à l'élargissement des cavités nasales par le néoplasme; il peut supprimer le point d'insertion, le dépasser même, le caustériser au fer rouge (galvano-cautère); et surtout surveiller attentivement les récidives. Chaque séance occasionnant un choc opératoire des plus restreints, il n'y a aucun inconvénient à faire des interventions même nombreuses par cette voie.

A l'appui de sa théorie, M. Moure cite trois cas choisis parmi beaucoup d'autres: un sarcome, un sarcome encéphalique, un épithéliome énorme chez un vieillard de quatre-vingt-cinq ans.

Le volume considérable de certaines tumeurs malignes des fosses nasales ne doit pas faire hésiter le chirurgien ni empêcher d'opérer par les voies naturelles.

L'hystérie de l'oreille. — M. Castex (de Paris). Le diagnostic de certaines otopathies ne peut être posé de façon satisfaisante sans recourir à l'hypothèse du nervosisme. Les principales manifestations de l'hystérie de l'oreille sont: 1° l'hyper-acousie; 2° l'hyper-acousie; 3° l'otalgie; 4° l'hémorragie spontanée; 5° l'hystéro-traumatisme; 6° la surdi-mutité.

Dans l'hyper-acousie, il n'y a pas de bourdonnements, le diapason vert est latéralisé au côté sain, le rime est positif. Le cas doit être différencié surtout avec la sclérose labyrinthique par ces considérations que, dans l'hystérie, il n'y a pas de bourdonnements, pas de vertiges, mais des variations fréquentes dans l'acuité et des possibilités de transfert.

Les hémorragies comparables à celles des muqueuses gastrique ou vésicale sont souvent périodiques.

L'hystéro-traumatisme et la surdi-mutité apparaissent brusquement sans doute de pronostic favorable.

En matière de diagnostic, il faut surtout penser aux combinaisons fréquentes dans lesquelles l'hystérie s'associe en plus ou moins grande proportion à une lésion otique définie.

M. Castex communique plusieurs observations relatives à ces divers types d'oreille hystérique.

Conclusions. — L'hystérie n'est pas moins protéiforme à l'oreille qu'ailleurs. Elle s'ajoute à des otopathies qu'elle aggrave et sous lesquelles il importe de la découvrir. Une bonne part du traitement doit être dirigée contre le nervosisme.

Un cas d'otoplastie du pavillon chez un enfant.

— M. Mahu (de Paris). Observation se rapportant à un enfant de trois ans et demi, opéré par l'auteur d'une malformation congénitale de l'oreille droite. Le lobe seul était normal, quoique légèrement replié sur lui-même; tout le reste du pavillon se présentait sous forme d'un bourrelet charnu à charpente cartilagineuse que l'auteur jugea, après examen, être le résultat du pliage en deux d'un pavillon normal. Mais, au cours de l'intervention qui consista à séparer les deux feuillettes du cartilage, à rabattre en arrière le volet postérieur et à suturer les parties sectionnées, il découvrit qu'il n'existait ni conduit au milieu du cartilage ni conduit osseux.

Il fit un conduit artificiel qu'il tailla dans la chair au moyen de deux incisions en croix, puis il s'efforça de modeler le cartilage ainsi déplié pour lui donner le plus possible l'aspect d'un pavillon au moyen d'un procédé qui consiste à placer en dessous et en dessus du cartilage, aux endroits où devront se produire les dépressions, de petits rouleaux de gaze stérilisée, de façon à arriver, en s'aidant de la compression, à gonfler, pour ainsi dire, ce cartilage jeune et à reproduire plus ou moins correctement les saillies et les dépressions d'un pavillon normal.

Chute de végétations adénoïdes dans le larynx.

— M. L. Bar (de Nice). Cet accident peut arriver quand on curette le rhinopharynx avec le couteau de Gottstein, l'enfant tenu en position assise, comme il convient pour la narcose brométhylène. Il peut entraîner une mort immédiate, mais généralement, l'enfant un peu grandet rejette dans un accès de toux le fragment de végétation égaré. C'est un accident rare.

Un fait que nous avons observé fut suivi d'une asphyxie et cyanose immédiate. L'enfant ne fut sauvé que parce que nous pûmes saisir le fragment de végétation heureusement enclavé dans le vestibule laryngien et la région interaryténoïdienne.

Aussi la méthode mixte d'opération: pince de Chatelier, puis curette de Gottstein, peut-elle être considérée comme la plus sûre. L'anesthésie peut, en pareil cas, se faire aisément avec le chloroforme, le malade en position de Rosen.

(A suivre.)

G. LAURENS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Session de 1899.

SUR LA SUPPRESSION DU CRISTALLIN TRANSPARENT

(Suite.)

M. Vacher (d'Orléans). Après dix ans de succès qui se sont maintenus, je suis bien armé pour défendre cette opération, car je n'ai constaté aucun insuccès dans les 61 opérations que j'ai faites. J'ai examiné d'année en

d'année mes opérés, noté les changements survenus dans leur réfraction, leur acuité visuelle. Voici le résumé de mes observations: 1° on constate une différence entre la réfraction mesurée deux mois après l'opération et deux ou plusieurs années plus tard. Cette différence est quelquefois nulle quand la myopie avait atteint son maximum de développement; elle est, au contraire, d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune, qu'il a des antécédents héréditaires. C'est une preuve qu'il ne faut pas opérer de trop bonne heure. La formule que j'ai donnée d'opérer à partir de douze ans, lorsque la myopie dépasse le chiffre de l'âge du sujet, reste bonne. On ne doit s'en écarter que dans certains cas exceptionnels. 2° La suppression du cristallin a une réelle influence sur les lésions choroïdiennes, qui cessent de progresser dans l'œil opéré, alors qu'elles continuent dans l'autre œil. Ces lésions subissent une véritable régression, avec augmentation progressive de l'acuité visuelle, par suite du repos de l'organe, de la disparition du spasme d'accommodation, des efforts de convergence. Plus le sujet est jeune, plus ces remarques sont accentuées. Lorsque l'œil lésionné est très étendu, cette action n'est pas manifeste. 3° La suppression du cristallin est réellement prophylactique du décollement rétinien. Les cas de décollement publiés concernant des yeux qui ne devaient pas être opérés ou qui l'ont été dans des conditions défavorables. Il existe beaucoup de myopes qu'il ne faut pas opérer parce que leur œil n'est pas en état de supporter cette rupture d'équilibre. Il faut éviter par-dessus tout l'issue du corps vitré, les dissections répétées, se borner à une ou deux interventions au plus. J'ai fait 61 extractions mais j'en ai refusé 27. Sur ces 27, j'ai déjà constaté deux décollements qui auraient été imputés à l'opération si je l'avais faite. J'ai recueilli, d'autre part, 3 cas de décollement sur des yeux non opérés, alors que l'autre œil l'avait été avec succès. 4° Il ne faut conseiller l'opération que lorsque le malade en a réellement besoin et qu'il présente toutes les chances de bonne réussite. Si les malades myopes de 15 D, ou au delà, supportent bien les verres très forts, pas d'opération, bien qu'ils fournissent un fort contingent de décollement. Les lésions choroïdiennes étendues ne sont pas une contre-indication s'il n'y a pas hypotonie, synchisis. Mais il ne faut jamais opérer en présence de poussée de choroidite. Jamais aussi lorsque le sujet a déjà perdu un œil. On n'est jamais autorisé à opérer les deux yeux à la fois. Le second ne sera opéré que bien plus tard, sur la demande du malade, si le premier résultat est toujours excellent. Les résultats constatés deux mois après l'opération sont: la disparition des phénomènes congestifs, inflammatoires, névralgiques; la diminution considérable de la réfraction, l'augmentation sensible de l'acuité visuelle. Les résultats éloignés sont variables pour chaque sujet, mais malgré la progression légère de la myopie dans certains cas, je n'ai jamais observé de diminution de l'acuité visuelle ni de complication ultérieure.

M. Abadie. Je suis partisan de la suppression du cristallin lorsque la myopie est progressive. Je ferai remarquer qu'il n'y a pas toujours une relation directe entre l'importance de la dissection et la réaction glaucomateuse qui peut lui succéder. D'où la nécessité de surveiller les malades chaque jour, de faire pour l'extraction l'incision dans le limbe et d'éviter les pincements de l'iris.

M. Rohmer. Dans l'extraction de la cataracte provoquée, on a grand avantage à se servir de l'aspiration.

M. Jaccq. Il y a, en plus des cas cités par M. Pflueger dans son rapport, deux autres indications de suppression du cristallin transparent: les cas où la pupille est obstruée par des dépôts plastiques siégeant au-devant du cristallin et les opacités capsulaires chez les individus jeunes.

M. Lagrange. J'ai toujours eu lieu de me féliciter de l'opération. On ne doit pas cependant l'étendre aux cas où la myopie est inférieure à 10 D. Je crois que c'est aller trop loin de dire que l'opération influence favorablement la nutrition de l'œil.

M. de Wecker. Je crois qu'il ne faut pas intervenir plus de deux fois: une large incision cruciale de la capsule pour provoquer l'opacification, puis l'extraction simple ultérieurement.

Le décollement peut très bien être provoqué par l'opération surtout si l'on lèse le corps vitré. C'est pour cela qu'il faut autant que possible restreindre le nombre des interventions.

M. Vignes. L'amélioration de l'acuité visuelle n'est pas énorme, mais elle est réelle et indiscutable. Je préfère l'extraction à lambeau.

M. König. Je crois qu'en colorant les masses cristalliniennes par l'injection de fluorescéine dans la capsule, on aurait plus de facilité pour les voir et pour en débarrasser complètement le champ pupillaire.

M. Kalt. L'opération doit être réservée aux myopies de — 10 D et au delà.

M. Pflueger. J'ai insisté dans mon rapport sur l'utilité qu'il y a à opérer des myopies de — 10 D à la condition qu'il s'agisse d'enfants et que l'évolution rapidement progressive de la myopie ait été constatée. Quant à l'observation de M. de Wecker, j'estime qu'il est impossible, dans un grand nombre de cas tout au moins, d'obtenir la guérison avec deux interventions seulement.

(A suivre.)

— V. MORAX.

XVII^e CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Carlsbad du 11 au 14 Avril 1899.

(Suite et fin.)

La leucémie et la leucocytose. — M. Löwit (d'Innsbruck) estime que, malgré les différences morphologiques des leucocytes qui prédominent dans tel ou tel groupe de cas, il est impossible d'établir, avec ces faits, la localisation primitive ou plutôt le diagnostic anatomique de la leucémie. Les caractères distinctifs sont, par contre, suffisamment tranchés entre la leucémie et la leucocytose.

Dans la leucémie, le sang contient un microorganisme qui appartient au groupe des amibes et qui est l'*haemaphysalis leucocytis magna* pour la leucémie d'origine médullaire et l'*haemaphysalis leucocytis vivax* pour la lymphémie.

M. Minkowski (de Strasbourg) estime qu'au point de vue clinique la leucémie peut se présenter sous quatre formes distinctes: 1° la leucémie aiguë évoluant d'une façon très rapide. Comme symptômes cliniques on trouve de la fièvre, des hémorragies, la tuméfaction des ganglions lymphatiques; dans le sang il existe une multiplication des leucocytes mononucléés; la moelle osseuse est toujours atteinte; 2° la leucémie franche débutant souvent d'une façon aiguë, mais présentant une marche chronique. La rate est toujours tuméfiée; les ganglions lymphatiques le sont parfois. La moelle osseuse est toujours atteinte. Le sang présente le tableau de la leucémie d'origine médullaire; 3° la leucémie chronique, dont le début rappelle le lymphome malin, et qui débute par une tuméfaction des ganglions cervicaux. Dans le sang on trouve surtout une prolifération des lymphocytes; 4° les formes complexes résultent de la combinaison des formes précédentes.

Quant à la leucocytose, M. Minkowski distingue la lymphocytose simple, la leucocytose polynucléaire neutrophile et la leucocytose éosinophile.

M. Kraus estime que les résultats négatifs fournis par la culture du sang leucémique peuvent être invoqués contre la théorie parasitaire de cette affection.

M. Grawitz trouve que le fait caractéristique de la leucémie est constitué par le polymorphisme des leucocytes et l'augmentation du volume des lymphocytes.

M. Gumprecht cite plusieurs faits pour montrer que la pathogénie et l'origine de la leucémie ne peuvent être établies d'après l'examen du sang. Ce qui est certain, c'est que, dans la leucémie, le phénomène prédominant est formé par la prolifération des leucocytes.

M. Kuhnau a constaté, dans une dizaine de cas de leucémie aiguë, l'existence d'une néphrite qu'il attribue à l'excrétion en masse de globules blancs.

M. Goldscheider croit, comme M. Kraus, que l'étiologie parasitaire de la leucémie ne s'appuie pas sur des faits suffisamment probants.

M. Manaberg a observé il y a quelques années un cas de leucémie dans lequel le sang renfermait des protozoaires qui ne ressemblaient pourtant pas aux amibes décrites par M. Löwit. Depuis cette époque, M. Manaberg a examiné le sang de plusieurs autres cas de leucémie sans jamais retrouver les protozoaires qu'il a vus chez son premier malade.

M. Krönig pense que le diagnostic de leucémie doit s'appuyer surtout sur l'existence d'une dégénérescence nucléaire des leucocytes mono-nucléés.

Excrétion de la graisse par la peau. — M. Leubascher a constaté, dans une série d'expériences, que la graisse excrétée à la surface de la peau d'un adulte est en moyenne de 100 grammes par semaine. Cette excrétion est relativement plus grande chez l'enfant que chez l'adulte et chez l'adulte que chez le vieillard. Elle n'est pas augmentée par les mouvements, très légèrement par une alimentation grasse; les maladies cachectisantes la diminuent dans une proportion considérable.

Influence du système nerveux sur les fonctions de l'estomac. — M. von Mehring communique ses expériences d'où il résulte que ni la section du pneumogastrique ni l'extirpation des ganglions coeliaques n'influencent d'une façon notable les mouvements, ni les sécrétions de l'estomac ni le pouvoir d'absorption de cet organe. Il semble donc que toutes ces fonctions se trouvent sous la dépendance des centres nerveux qui existent dans les parois mêmes de l'estomac.

A propos de l'acidité du contenu stomacal. — M. Pfandlner a fait une série de recherches pour établir les conditions dans lesquelles s'effectue l'acidification, ou, du moins, la diminution de l'acidité du contenu stomacal, vers la fin de la digestion, au moment de son passage à travers le pylore. Ces expériences permettent de penser que cette acidification s'effectue principalement par la sécrétion des glandes muqueuses du pylore.

Influence de l'atropine et de la pilocarpine sur la sécrétion du suc gastrique. — M. Riegel a trouvé que, chez les chiens auxquels on a pratiqué la fistule de Pavloff, l'atropine diminue et la pilocarpine augmente la sécrétion du suc gastrique. Ces deux substances agissent de la même façon sur la sécrétion gastrique de l'homme.

M. Escherich signale à cette occasion les bons effets de l'atropine dans l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion du suc gastrique.

Ulcère tuberculeux de l'estomac. — M. Petruschky communique l'observation d'une jeune femme qui présentait les symptômes classiques de l'ulcère de l'estomac et fut guérie par les injections sous-cutanées de tuberculine. Au commencement, chaque injection provoquait, à côté des symptômes gastriques, les phénomènes généraux aujourd'hui classiques. La guérison persiste depuis cinq ans.

Le régime dans la néphrite interstitielle. — M. von Noorden a insisté sur ce fait que, dans la néphrite interstitielle, l'ingestion de trop grandes quantités de liquides (lait, eaux alcalines) exerce une influence nocive sur le cœur. Un litre de liquide par jour doit généralement suffire à ces malades, et lorsque le malade s'habitue à ce régime, on voit les manifestations cardiaques s'améliorer et l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des sels se faire dans de meilleures conditions.

Albuminurie cyclique. — M. Pribram, qui a pu étudier pendant un temps suffisamment long 15 cas d'albuminurie intermittente chez des adolescents, signale, à côté des symptômes classiques de cette affection (apparition de l'albuminurie sous l'influence des mouvements, sa disparition par le repos, etc.), l'existence d'une hypertrophie des extrémités (mains et pieds), qui disparaît avec la disparition de l'affection elle-même.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis par le port d'un plastron enduit d'onguent mercuriel.

Dans les cas où, pour une raison quelconque, le malade ne peut faire des frictions mercurielles, on peut lui conseiller le port d'un plastron enduit d'onguent mercuriel. Ce procédé bien connu depuis les travaux de Mergé sur le mode d'absorption du mercure employé en frictions essayé systématiquement, avec succès par M. Stern, médecin en chef de l'hôpital de Dusseldorf, chez 102 syphilitiques de son service. Il le pratiquait de la façon suivante :

Le plastron se compose d'un carré de flanelle de 40 ou de 50 centimètres de hauteur et d'autant de largeur, et portant à chacun de ses angles un lacet. Tous les matins, le malade reçoit 5 à 8 grammes d'onguent mercuriel qu'il doit étaler soigneusement sur son plastron. Il ne faut pas que cette opération soit faite hâtivement : le malade doit y consacrer au moins dix minutes, la tête assez près du plastron, afin que l'inhalation des vapeurs de mercure qui se dégagent de l'onguent se fasse dans de bonnes conditions.

L'opération une fois terminée, il applique la face du plastron qui a été enduite de mercure contre la peau du dos ou de la poitrine, et noue les quatre lacets, derrière le cou et sur les reins si le plastron est appliqué contre la poitrine, en avant du cou et sur le ventre si le plastron se trouve dans le dos.

Le plastron est porté jour et nuit pendant huit semaines environ. Au début, le malade badigeonne son plastron tous les jours avec l'onguent mercuriel ; plus tard, et à mesure que les manifestations syphilitiques rétrocedent, ces applications ne sont faites que tous les deux, puis tous les trois jours.

Inutile d'ajouter que ce procédé, que M. Stern a essayé seulement chez les syphilitiques de la première et de la deuxième période, est basé sur l'idée émise par Mergé et aujourd'hui généralement admise par les syphiligraphes, à savoir que l'efficacité des frictions mercurielles est due non à la résorption du médicament par la peau, mais à l'inhalation des vapeurs de mercure qui se dégagent pendant les frictions. A ce point de vue, le plastron enduit d'onguent mercuriel peut donc être considéré comme un succédané efficace des frictions.

L'antisepsie intestinale dans le traitement du prurit sénile généralisé.

On observe quelquefois des vieillards dont le prurit généralisé résiste au traitement classique par les pommades, les bains médicamenteux, les lotions, les antinervins, etc., pour céder rapidement à l'antisepsie intestinale réalisée par le régime lacté, les purgatifs et les antiseptiques intestinaux.

C'est ainsi que M. Parisot, médecin adjoint de l'hospice Saint-Julien de Nancy, a observé un vieillard affligé d'un prurit généralisé qui ne lui laissait aucune minute de repos. Après lui avoir ordonné de la phénacétine et des bains d'amidon sans obtenir le moindre résultat, M. Parisot résolut d'essayer le traitement par l'antisepsie intestinale, qui lui avait déjà réussi dans plusieurs autres cas.

Il prescrivit d'abord une purgation, puis il fit prendre 2 grammes de benzonaphtol et 3 litres de lait par jour, à l'exclusion de toute autre alimentation. Sous l'influence de ce régime antioxygène, une amélioration très notable n'a pas tardé à se manifester après vingt-quatre heures de traitement; deux jours plus tard, les démangeaisons avaient presque totalement disparu.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Menthoforme.

C'est un mélange de formol, menthol et glycérine. Par un procédé entièrement nouveau, M. Peter a obtenu le formol chimiquement pur en solution dans la glycérine; puis, il y a associé un produit analogue, le menthol, qui, sans posséder un pouvoir antiseptique aussi considérable, masque complètement l'odeur désagréable du médicament, au point de le rendre agréable, et qui, grâce à son action analgésique, neutralise le peu de causticité du formol.

Le menthoforme est titré d'une façon rigoureuse et invariable : il contient exactement, par cuillerée à café de 5 grammes, un gramme de formol pur.

On peut employer le menthoforme dans tous les cas où il s'agit de réaliser l'antisepsie et dans toutes les affections d'origine microbienne.

On pourra lotionner et panser les plaies légères avec une solution préparée avec une cuillerée à café de menthoforme pour un demi-litre d'eau bouillie. On doublera la dose, soit deux cuillerées à café pour la même quantité d'eau, lorsqu'on se trouvera en présence d'ulcères chroniques, de plaies gangrenées ou d'une altération profonde des tissus.

Enfin, on pourra employer une solution préparée avec une cuillerée à café de menthoforme pour un litre d'eau en irrigations nasales (ozène), en vaporisations (coryza, enrrouement), en pulvérisations dans la gorge (angine, diphthérie, granulations), en lotions de la tête, pour les soins de propreté et dans les cas de maladies contagieuses (pelade, teigne).

LIVRES NOUVEAUX

M. F. Ostwalt. — *Des verres périscopiques et de leurs avantages pour les myopes* (Paris, Carré et Naub, 1899).

Depuis que Wollaston, en 1803, avait proposé l'emploi de ménisques comme verres de lunettes, la question de la meilleure forme à leur donner n'a guère été étudiée. M. Ostwalt a essayé d'arriver à une solution du problème, en se demandant quels seraient les verres qui donneraient le moins d'astigmatisme dans le regard oblique. Le chemin par lequel il a passé pour arriver à ses conclusions est long et laborieux. Il a commencé par prendre le verre concave de 4 dioptries comme type, et au moyen des formules de Hermann, il a calculé le degré d'astigmatisme correspondant à une déviation angulaire du regard de 25° pour toutes les formes de ce verre dont il pourrait être question. Il a ainsi trouvé que l'astigmatisme se réduit à zéro pour un ménisque convexe concave dont la surface concave aurait une courbure environ deux fois et demie plus grande que la surface convexe. En répétant ensuite ses calculs pour les autres numéros de verres concaves, il a trouvé qu'il existe des ménisques anastigmatiques correspondant à tous les numéros au-dessous de 12 dioptries. Pour les numéros plus forts, il n'y a pas de forme anastigmatique; il faut se contenter d'une forme qui s'y rapproche autant que possible. La courbure antérieure est, dans tous les cas, assez faible, de sorte que la forme la meilleure s'écarte toujours peu de la forme plan concave.

Pour les lentilles convergentes, il n'y a pas de forme anastigmatique; les formes les meilleures sont tellement bombées qu'elles sont pratiquement inutilisables, et les ménisques peu bombés ne sont guère supérieurs aux verres bi-convexes.

Les résultats de M. Ostwalt sont très intéressants et jettent un certain jour sur cette question peu débattue. Néanmoins, il ne faut pas en considérer la discussion comme close.

Le problème est analogue à celui qui se pose pour l'objectif photographique. Le verre de lunette forme des objets extérieurs une image que l'œil regarde, à peu près comme l'objectif photographique forme une image sur la plaque sensible.

Tant que l'œil reste immobile, la question de la forme du verre importe peu, car l'image est nécessairement bonne suivant l'axe, à cause de l'ouverture relativement faible de la pupille, et les parties périphériques de l'image n'ont pas besoin d'être très bonnes à cause de l'imperfection de la vision périphérique. Mais, si l'œil se meut,

il est désirable que chaque partie de l'image soit aussi bonne que possible, puisque l'œil peut en fixer n'importe quelle partie.

Les conditions à remplir pour un bon objectif sont complexes. Supposons qu'on braque l'appareil vers un mur couvert de dessins et perpendiculaire à l'axe de l'appareil. On exige alors, outre que l'image suivant l'axe soit bonne, que les trois conditions suivantes soient remplies autant que possible : 1° que l'objectif soit anastigmatique; 2° que l'image du mur soit plane; 3° qu'il n'y ait pas de déformations des images peintes sur le mur. Pour les verres de lunettes, il faudrait aussi chercher à remplir ces trois conditions, autant que possible. La première est celle que s'est posée M. Ostwalt, mais il n'est pas prouvé que les deux autres soient négligeables. Au contraire, les malades qui commencent à porter des verres forts ne se plaignent pas autant de voir les objets périphériques flous que de les voir déformés; et ces déformations peuvent jouer un rôle d'autant plus considérable, qu'elles semblent quelquefois, à cause de différences entre les images des deux yeux, donner lieu à des jugements faux sur le relief.

Pour arriver à une solution du problème de la meilleure forme à donner aux formes périscopiques, il faudrait donc aussi étudier le moyen d'éviter autant que possible les déformations de l'image. Peut-être serait-on ainsi amené à modifier le jugement un peu sévère que porte M. Ostwalt sur les ménisques convergents.

TSGERNING.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 3 Mai. — MM. Genouville, 17. — Marion, 20.

5 Mai. — MM. Launay, 19. — Auvray, 20. — Savariand, 18.

Prochaine séance, lundi 8 Mai, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 1^{er} Mai (omise). — MM. Sallard, 17. — Papillon, 13. — Dufour, 17. — Gasne, 13. — Renault, 18.

4 Mai. — MM. Pique, 17. — de Grandmaison, 17. — Auclair, 17. — Apert, 16. — Teissier, 20. — Brouardel, 17.

5 Mai. — MM. Belin, 17. — de Grandmaison, 18. — Tissier, 16.

Les séances d'épreuve clinique ont lieu dans les hôpitaux de l'Hôtel-Dieu, Charité, Laënnec et Necker aux jours et heures précédemment fixés. Les candidats ayant obtenu un minimum de 17 points sont appelés à y prendre part.

Prochaine séance aujourd'hui samedi, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu et demain dimanche, à 10 h. du matin, à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Ecole pratique. — Exercices opératoires (quatrième cours). M. PIERRE FREDET, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le vendredi 12 Mai 1899, à 4 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

Hôpital Ricord. — M. QUEYRAT, médecin de l'hôpital Ricord, commencera à cet hôpital, le lundi 15 Mai, à 4 h. 1/2, un cours particulier de cypridologie (maladies vénériennes). Ce cours comprendra l'étude clinique, microbiologique et thérapeutique des maladies vénériennes chez l'homme, l'étude de leurs complications immédiates et lointaines; l'étude comparative des maladies vénériennes chez l'homme et chez les animaux.

Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire de M. Queyrat, tous les matins, de 10 heures à midi (114, boulevard de Port-Royal).

Le prix d'inscription est de 50 francs. Le nombre des inscriptions est limité.

L'état sanitaire. — L'état sanitaire de Paris est redevenu très satisfaisant. En effet, le service de la statistique municipale a compté, pendant la 17^e semaine, seulement 981 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1.107) et inférieur aussi à la moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 21 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente. Le nombre des nouveaux cas de maladie signalés par les médecins est en sensible décroissance (68 au lieu de 106). La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 31 décès (moyenne 28); la scarlatine a causé 3 décès (moyenne 4); la coqueluche, 12 (moyenne 8). La diphthérie, enfin, n'a causé que 8 décès (au lieu de la moyenne 13).

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Cherbuliez, fils de l'académicien, qui s'était installé comme médecin à Sacy, près de la Ferté-sous-Jouarre.

Étranger.

— M. von Zoëge-Manteuffel, privat-docent de chirurgie à l'Université de Dorpat, est promu au rang de professeur extraordinaire.

— M. Bockenheimer (de Francfort), est nommé assistant à l'Institut des maladies infectieuses de Berlin.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MABRÉTHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Prix du Flacon :

4 fr. 50

SIROP ROCHE
THIOL
Sulfo-Gaiacolate
DE POTASSIUM
MÉDICATION ANTICATARRHALE
DE LA
**TUBERCULOSE
PULMONAIRE**

ENVOI
d'Echantillons et Notices
sur demande

LE
SIROP ROCHE

permet le *Traitement intensif*
par le *Gaiacol Soluble* à haute dose
sans aucun inconvénient pour les Voies digestives

Une cuillerée à café représente
exactement 0 gr. 20 de Gaiacol
cristallisé en dissolution dans
du Sirop d'écorces d'orange.

LE SIROP ROCHE

est Préparé par
Ch. WEISS, Pharmacien de 1^{re} Classe
30, Boul^d Magenta, PARIS

VENTE EN GROS :
HERRMANN & BARRIÈRE
152, Rue Saint-Antoine, PARIS

PHTISIE PULMONAIRE
Bronchites Chroniques catarrhales

ENVOI
d'Echantillons et Notices
sur demande

SIROP ROCHE
THIOL
Sulfo-Gaiacolate
DE POTASSIUM
MÉDICATION ANTICATARRHALE
DES
BRONCHITES Chroniques
et suites
d'**INFLUENZA**

Prix du Flacon :
4 fr. 50

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande, 0.40 Glycophosphate par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions,
Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 3 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. laudanum.
Paris, 2, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En **POUDRE**, produit supérieur, pur,
inaltérable, Agréable au goût.
on ne peut plus nutritif et assimilable.
Représente 10 fois son poids de viande de bœuf.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION
PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit
rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise
les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève
promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

SERUM ANTISTREPTOCOCCIQUE SOCIÉTÉ CHIMIQUE
selon la méthode DES USINES DU RHONE
du D^r MARMORECK 8, quai de Retz, LYON

Huile de foie de morue **MORUINE SOUQUE** Préparé par E. FALIERES
synthétique
Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, elixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES VÉRITABLE SEL
PHYSIOLOGIQUE DE QUININE
Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antithermique. Agit en outre comme
reconstituant de la cellule nerveuse. CACHETS..... FALIERES, A 0F. 25 | De Glycerophosphate
Sous trois formes PILULES..... FALIERES, A 0F. 10 | de Quinine pur
SUPPOSITOIRES FALIERES, A 0F. 25 |
E. FALIERES & Co, à Libourne et pharmacies.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
Laxatif 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

LANOLINE LIEBREICH
Seule Graisse { Se combinant avec l'eau ;
Ne rancissant jamais ;
Absolument aseptique et stérile.
LANOLINE SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.
MARQUE DÉPOSÉE

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de
L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN



LE PLUS REMARQUABLE
AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.
Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE,
les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le
SURMENAGE et la DEPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser
chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.
Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'in-
variable efficacité soit chose absolument jugée par 2 juge-
ments consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts
de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes
de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas
dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.
L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite
éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON la **SOLUTION BOURGUIGNON** AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ et CHIMIQUE PUR

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

ADMINISTRATION

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- F. BRUN, L. LANDOUZY, H. ROGER, E. BONNAIRE, M. LETULLE, M. LERMOYEZ, E. DE LAVARENNE, F. JAYLE

RÉDACTION

E. DE LAVARENNE

Secrétaire Général

F. JAYLE, Secrétaire

J. BAROZZI - P. DESFOSSES

Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

- BACTÉRIOLOGIE DE L'INTESTIN : ABSENCE DES MICROBES DANS LA MUQUEUSE INTESTINALE NORMALE DES ANIMAUX : CARACTÈRE PATHOLOGIQUE DE LEUR PRÉSENCE, par MM. A.-B. MARFAN et LÉON BERNARD 217
LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARAPLÉGIE DUES À LA COMPRESSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET LEUR PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par M. le professeur A. VAN GEUCHTEN. 218

MÉDECINE PRATIQUE

- Traitement de la tuberculose pulmonaire, par les injections d'héfol, par M. J. BAROZZI 222

ANALYSES

- Médecine : Appendicite ayant évolué comme une tuberculose des sévices, par M. A. HERRMANN. 223
Chirurgie : Les varices, leurs causes et leur traitement, par M. WILLIAM H. BENNET. — Nouvelles observations sur un cas d'oxipiration totale de l'estomac chez l'homme, par M. CARL SCHLATTER. 225
Obstétrique et gynécologie : Difficultés opératoires, accidents et complications de la symphysectomie, par M. RUBINROT. 223
Ophtalmologie : Conjonctivite folliculaire et végétations adénoïdes du naso-pharynx, par M. H. GORREZ. — Kérato-conjonctivite produite par un serpent cracheur, par M. PINARD. — Trouble de la vision produit par une décharge électrique, par M. KRETSCHMER. 223
Dermatologie et syphiligraphie : Un cas de syphilis tertiaire précoce, par M. GROSSELET. 224
Rhiniologie, otologie, laryngologie : Influence des bains de mer sur la fonction auditive, par M. UGO MARTINI. — Syringomyélie avec troubles laryngés graves, par M. DEHAULT. 224
Médecine publique et hygiène : Régénération de l'air confinée par le bioxyde de sodium, par MM. DESGREZ et BALTHAZARD. 224
Pharmacodynamie : Sécrétion urinaire et glycosurie après l'empoisonnement par la curarine et la protoanérine, par M. MORISHIMA. 224

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

- Académie des sciences : Inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur, M. A. CHAUVREAU. — D'un rapport entre les oxydations intra-organiques et la production d'énergie cinétique dans l'organisme, M. A. PORLÉ. — Les microbes des fleurs, M. DOMINGOS FERRE. — Les caractères spécifiques du champignon du pityriasis versicolor (Malassezia furfur), M. P. VUILLEMIN. — Sur la stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone, MM. MARMIER et ABRAHAM. — L'agent pathogène de la rage, M. E. PUSCARIU. 182
Académie de médecine : Les institutera et la propagation de la vaccine, M. HERVIEUX. — Un cas de gigantisme, M. LUCAS-CHAMPONNIÈRE. — Les ptoses viscérales, M. GLÉNARD. 182
Société de biologie : Sur la présence dans quelques

cas de broncho-pneumonie du cocco-bacille de Pfeiffer et d'un « para-cocco-bacille de Pfeiffer » prenant le Gram, M. ROSENSTRAL. — Du chromatisme des capsules surrénales, M. LÉPINOIS. — Sarcosporidies du mouton, M. LAVARRAN. — De la contractilité électrique des muscles après la mort, M. J. BABINSKI. — Sur l'absence des microbes dans la muqueuse intestinale normale des animaux et le caractère pathologique de leur présence, MM. MARFAN et L. BERSARD. — Physiologie pathologique de la grossesse, MM. CARABIS et GUILLEMONAT. — Existence de filaments basaux dans les cellules principales de la muqueuse gastrique, M. THOUHART. — Traitement de la tuberculose expérimentale par les injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses, M. L. MORAND. — Traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium, M. LABORDE. — Du sérum du curare introduit dans le tube digestif, M. GARRIÈRE. 182

PRATIQUE MÉDICALE

La dilatation méthodique dans le traitement du phimosis chez les enfants. 183

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie. 183

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

- Mercredi 17 Mai 1899, à 1 heure. — M. MARKUZEWSKI : Contribution à l'étude de la sp. indylose rhizomélée; MM. Potain, Hayem, Wurtz, Dupré. — M. OLIVIER : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire au cours de la grippe; MM. Potain, Hayem, Wurtz, Dupré. — M. BEINSON : Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies évitables, principalement dans les campagnes; MM. Potain, Hayem, Wurtz, Dupré. — M. VIALARD : Troubles nerveux cardio-pulmonaires consécutifs aux affections stomacales; MM. Hayem, Potain, Wurtz, Dupré.
Jeudi 18 Mai 1899, à 1 heure. — M. NOBÉCOURT : Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants; MM. Bouchard, Hutinel, Vidal, Vaquez. — M. SCHREPER : L'ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde; MM. Hutinel, Bouchard, Vidal, Vaquez. — M. ESTIARAT : Les faux urinaires; MM. Guyon, Berger, Richelot, Poirier. — M. GIFFARD : Mal perforant plantaire par névrite traumatique et en particulier par gelures et brûlures; MM. Berger, Guyon, Richelot, Poirier. — M. BRANCA : Recherches sur la cémentation épithéliale; MM. Mathias-Duval, Raymond, Thiroloix, Retterer. — M. TROUQUET : Symplesie et neurasthénie ou de la neurasthénie dysplegique; MM. Raymond, Mathias-Duval, Thiroloix, Retterer.

Le D^r LATTEUX recommencera son cours pratique de technique microscopique et de diagnostic d'anatomie pathologique le 22 mai, à 4 heures, rue du Pont-de-Lodi, où l'on s'inscrit d'avance, de 3 à 3 h., excepté le samedi.

CARABANA PURGE GUÉRIT
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL
PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.
GUILLIERMOND SIROP 1000-TANNIQUE
AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU
VII^e ANNÉE. T. I. — N° 37, 10 Mai 1899.

SAINT-GALMIER BADOIT
ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.
CONTREXEVILLE-PAVILLON
HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

M. BRÉAL : Contribution à l'étude de la galactophorite; MM. Budin, Chantemesse, Ménérier, Bonnaire. — M. COSTE : De la diazotisation dans l'érysipèle; MM. Chantemesse, Budin, Ménérier, Bonnaire.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 Mai 1899. — 1^{re} : MM. Remy, Poirier, Sebléau. — 2^e Nouveau régime (1^{re} série) : MM. Blanchard, Retterer, Broca (André). — 2^e Nouveau régime (2^e série) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richelot, André. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Lannelongue, Reclus, Varnier. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Terrier, Humbert, Lepage. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Gaucher, Dupré. — 5^e (Première partie) Chirurgie (1^{re} série) Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Walther. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série) Hôtel-Dieu : MM. Delens, Blum, Legueu. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Lancereaux, Méry.

Mardi 16 Mai 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot, Launois. — 2^e Nouveau régime (1^{re} série) : MM. Remy, Langlois, Desgrez. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Hutinel, Hadopenau, Thiroloix. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Debove, Raymond, Achar. — 3^e (Deuxième partie), N. R. : MM. Cornil, Troisier, Marfan. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Proust, Ménérier, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité (1^{re} série) MM. Panas, Quénu, Albarran. — 5^e (Première partie), Chirurgie Charité (2^e série) : MM. Guyon, Thiéry, Faure. — 5^e (Deuxième partie) Charité : MM. Jaccoud, Chantemesse, Caennr. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 17 Mai 1899. — 2^e Nouveau régime (1^{re} série) : MM. Richelot, Retterer, André. — 2^e Nouveau régime (2^e série) : MM. Blanchard, Remy, Harriot. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Pinard, Tillaux, Legueu. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Lannelongue, Blum, Lepage. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série) : MM. Joffroy, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Landouzy, Vidal, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (1^{re} série) : MM. Reclus, Lejars, Maclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker (2^e série) : MM. Humbert, Delbet, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Fournier, Lancereaux, Teissier.

Jeudi 18 Mai 1899. — 1^{re} : MM. Remy, Albarran, Thiéry. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Gley, Langlois, Launois. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Panas, Le Dentu, Wallich. — 3^e Oral (Deuxième partie), N. R. : MM. Cornil, Dieulafoy, Roger. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Graucher, Charrin, Achar. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Proust, Debove, Desgrez.

Vendredi 19 Mai 1899. — 2^e Nouveau régime : MM. Ch. Richelot, Retterer, André. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Graucher, Blanchard, Teissier. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Gaucher, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié (1^{re} série) : MM. Delens, Lejars, Broca (Aug.). — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié (2^e série) : MM. Reclus, Delbet, Maclair. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 20 Mai 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Remy, Thiéry, Langlois. — 2^e Nouveau régime :

VICHY-CÉLESTINS
"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.
Remplacer les Fièvres.
Seis de Quinine par KINEURINE MONCOUR Névralgies.
Antiseptique, Désinfectant, Inodore, sans Mercure. LAURENOL

MM. Mathias-Duval, Launois, Desgrez. — 4^e. Laboratoire de pharmacologie, Salle de matière médicale : MM. Pouchet, Gley, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu (1^{re} série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Roger. — 5^e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Cornil, Troisier, Achard. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker : MM. Le Denlu, Berger, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Necker (1^{re} série) : MM. Raymond, Ménétrier, Thirioix. — 5^e (Deuxième partie), Necker (2^e série) : MM. Joffroy, Chantemesse, Marfan. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

24 Avril 1899 (fin.)

Inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur. — M. A. Chauveau. Les valves, la tricuspide et de mitrale, qui garnissent, celle-ci l'orifice du cœur gauche, celle-là l'orifice du cœur droit, ne peuvent pas être étudiées par les mêmes procédés, ni dans les mêmes conditions physiologiques. Le jeu de la mitrale ne se prête à l'inscription électrique que chez les sujets dont le cœur a été mis à nu. Celui de la tricuspide peut être mis en évidence chez le sujet en état normal.

Dans ce but, un cheval reçoit dans le cœur droit, par la voie d'une des veines jugulaires et de la veine cave supérieure, la sonde à double courant garnie de deux ampoules, l'une pour la cavité auriculaire, l'autre pour la cavité ventriculaire, ampoules à l'aide desquelles on peut transmettre au dehors et inscrire les changements de pressions déterminés par la systole et la diastole de l'oreillette droite et du ventricule droit. La partie rétrécie intermédiaire aux deux ampoules porte un ressort contact très flexible, qui fait partie du circuit d'un signal Marcel Desprez. Quand la tricuspide est relevée et pressée par le sang, sur sa face inférieure, le contact s'établit et le circuit électrique se ferme. Au contraire, le contact cesse et le circuit se rompt quand le ventricule se relâche et que la tricuspide s'abaisse. Les mouvements de cette valve sont ainsi très nettement indiqués au dehors par les mouvements du style actionné par l'électro-aimant du signal.

Pour la mitrale, le cheval, couché sur le côté droit, est préparé à l'expérience par la section atloïdo-occipitale de la moelle épinière et la respiration artificielle. Il a reçu, au préalable, par la voie carotidienne, la sonde à double courant du cœur gauche avec ampoule dans l'aorte, au-dessus des valves sigmoïdes, et ampoule dans le ventricule; au-dessous de ces valves, le cœur est mis à nu du côté gauche. Par une petite plaie du sommet de l'auricule, on introduit dans l'oreillette gauche et l'on maintient du dehors, au centre de l'orifice auriculo-ventriculaire, un appareil à ressort-contact analogue à celui qui sert pour la tricuspide.

Pour explorer les valves sigmoïdes, il y a inversion des conditions d'exécution des expériences, les valves du cœur gauche se prêtent à l'inscription chez le cheval debout, en parfait état physiologique, les valves du cœur droit ne peuvent être atteintes que sur le cœur mis à nu. L'auteur n'a fait qu'une seule tentative d'inscription électrique du jeu des sigmoïdes pulmonaires. Cette tentative a échoué parce que le contact receptrice, introduit de bas en haut, au centre de l'orifice pulmonaire, à l'aide d'une ponction de l'infundibulum, ne jouissait pas d'une sensibilité suffisante.

Les appareils, disposés de cette manière, ont permis de constater les résultats suivants :

1. En ce qui concerne les valves auriculo-ventriculaires :

1^o Elles se relèvent et ferment l'orifice qu'elles garnissent dans la phase de début de la systole ventriculaire;

2^o Elles s'abaissent et rendent libre l'orifice auriculo-ventriculaire entre le fin de la systole et le début de la diastole des ventricules;

3^o Le temps pendant lequel les valves sont relevées et tendues en travers de leur orifice est donc sensiblement et respectivement égal à la durée de chacune des deux systoles ventriculaires;

4^o Il n'y a d'accroissement sensible de la pression intra-ventriculaire qu'au moment où les ventricules se contractent en provoquant le soulèvement des valves mitrale et tricuspide et la fermeture des orifices auriculo-ventriculaires;

5^o Les oreillettes ne pourraient donc concourir à cet accroissement de la pression intra-ventriculaire; du reste leur systole est alors terminée et elles se trouvent en état de passivité;

6^o Le premier bruit du cœur étant causé par le soulèvement et la tension des valves auriculo-ventriculaires, occupe, dans la révolution cardiaque, la place indiquée par les signaux électriques pour ce soulèvement et cette tension.

7^o Le premier bruit est donc isochrone à la phase de début de la systole ventriculaire, c'est-à-dire qu'il se produit pendant la première partie de la brusque ascension de la courbe des pressions intra-ventriculaires.

Il devance toujours sensiblement la pulsation aortique, qui ne se produit jamais que dans la dernière partie de cette ascension, alors que la pression systolique du ventricule gauche a atteint la valeur suffisante pour soulever effectivement les sigmoïdes, les écarter les uns des autres et faire pénétrer le sang dans l'aorte.

II. En ce qui concerne les valves sigmoïdes : les valves aortiques s'abaissent, ferment leur orifice et se tendent brusquement, en produisant le deuxième bruit du cœur, juste au moment où le ventricule se relâche pour se mettre en diastole et où la valve mitrale, en s'abaissant, ouvre l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Donc, de même que le premier bruit est un phénomène du début de la systole ventriculaire, de même le deuxième bruit est un phénomène du début de la diastole ventriculaire.

L'exacte coïncidence, qui existe toujours entre la fermeture de l'orifice aortique et l'ouverture de l'orifice mitral, peut aussi exister entre la fermeture de l'orifice mitral et l'ouverture de l'orifice aortique, lorsque la pression est très faible dans l'aorte, comme c'est le cas quelquefois sur le sujet préparé pour l'étude du cœur mis à nu.

Mais, chez les sujets en état physiologique, cette dernière coïncidence n'existe jamais. La fermeture de l'orifice mitral précède toujours l'ouverture de l'orifice aortique. Ceci tient à ce que la pression développée par la systole ventriculaire devient rapidement suffisante pour soulever et tendre la valve mitrale, tandis qu'il faut au ventricule un peu plus de temps pour communiquer au sang ventriculaire une pression supérieure à celle du sang aortique.

D'un rapport entre les oxydations intra-organiques et la production d'énergie cinétique dans l'organisme. — M. Alexandre Pöchl. Certaines eaux minérales sont douées d'une pression osmotique très élevée. La pression osmotique des urines s'élève notablement après l'absorption de ces eaux. Il n'est pas douteux qu'une partie de l'action thérapeutique des eaux minérales doit être attribuée à cette propriété d'élever, en général, la pression osmotique du plasma sanguin.

La pression osmotique s'élève également après l'emploi du chlorhydrate de spermine en solution salée. Cet accroissement de la pression osmotique s'accompagne à la fois d'un accroissement relatif des chlorures dans l'urine, d'une élévation du coefficient d'oxydation intra-organique, c'est-à-dire du rapport de la quantité d'azote de l'urée à la quantité totale d'azote urinaire (coefficient d'utilisation azoté).

Ce phénomène vient à l'appui de la théorie d'Armand Gautier, d'après laquelle les produits de désagrégation moléculaire des corps albuminoïdes se transforment dans les tissus en matières solubles, aptes à la diffusion; d'où résulte nécessairement l'accroissement de la puissance osmotique des humeurs et plasmas.

Ces oxydations et les phénomènes corrélatifs d'accroissement de pression osmotique deviennent ainsi pour l'organisme à la fois une source de chaleur et d'énergie cinétique.

Les microbes des fleurs. — M. Domingos Freire. Les fleurs donnent asile à de nombreux germes de microbes saprophytes et pathogènes et peuvent devenir ainsi une source de contamination.

Dans une rose, l'auteur a décelé le streptocoque pyogène, et, dans une fleur de pêcher, le bacille pyocyane.

Il peut exister entre le coloris des fleurs et les pigments microbiens des microbes qui y prennent asile, quelques relations cachées. Plusieurs espèces microbiennes reproduisent des odeurs analogues à celles dégagées par les essences des fleurs où elles vivent.

Les caractères spécifiques du champignon du pityriasis versicolor (Malassezia furfur). — M. P. Vuillemin. Les données classiques sont insuffisantes non seulement pour classer le parasite du pityriasis versicolor, mais aussi pour le distinguer des végétations banales.

On s'accorde cependant pour lui assigner une forme filamenteuse et une forme globulaire.

Ces globules sont sphériques et leur membrane est ornée de côtes qui courent d'un pôle à l'autre, en se tordant suivant une hélice tantôt droite, tantôt gauche.

Ce caractère permet de distinguer le malassezia furfur.

Sur la stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone. — MM. Marmier et Abraham. La stérilisation de l'eau par l'ozone, connue depuis longtemps dans les laboratoires, a été tentée en grand à Lille.

L'ozone, produit par de puissants générateurs, est envoyée dans une colonne en maçonnerie où il rencontre l'eau à traiter, et dans laquelle se trouve réalisée une circulation méthodique de l'ozone et de l'eau.

Tous les microbes pathogènes ou saprophytes que l'on rencontre dans les eaux sont parfaitement détruits par le passage de ces eaux dans la colonne ozonatrice. Seuls, quelques germes de bacillus subtilis subsistent. Ce microbe, inoffensif pour l'homme et les animaux, résiste, d'ailleurs, à la plupart des moyens de destruction, tels que le chauffage à la vapeur sous pression à 110°.

L'ozonisation de l'eau n'apporte dans celle-ci aucun élément étranger préjudiciable à la santé des personnes appelées à en faire usage. Au contraire, par suite de la

non-augmentation de la teneur en nitrates et de la diminution considérable de la teneur en matières organiques, les eaux soumises au traitement par l'ozone sont moins sujettes aux pollutions ultérieures et sont, par suite, beaucoup moins altérables.

L'agent pathogène de la rage. — M. E. Puscariu. L'auteur reconnaît que les formations signalées par lui, comme étant des parasites spécifiques de la rage, ne sont vraisemblablement pas des parasites et n'ont aucun rapport avec l'infection rabique.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

9 Mai 1899.

Les instituteurs et la propagation de la vaccine. — M. Hervieux. Le nombre des instituteurs et institutrices qui ont concouru pour les récompenses ministérielles pour la propagation de la vaccine a plus que doublé cette année. Les divers actes accomplis par les instituteurs témoignent des services qu'ils peuvent rendre. Les uns faisaient des démarches auprès des familles pour qu'elles fissent vacciner leurs enfants. Les autres exigeaient non seulement la vaccination, mais la revaccination des enfants âgés de plus de dix ans. D'autres provoquaient la vaccination de tous les habitants d'un pays en cas d'épidémie. Un certain nombre se sont même armés de la lancette pour suppléer à l'insuffisance numérique des médecins et des sages-femmes. D'autres enfin instituaient des conférences destinées à démontrer les bienfaits de la vaccine.

Un cas de gigantisme. — M. Lucas-Championnière présente un géant de 2 m. 63 de hauteur. Cet homme est fils d'un géant de 2 m. 36 de haut et d'une femme de petite taille, qui eut 12 enfants. Bien qu'il ait atteint l'âge de vingt-sept ans, il continue cependant à grandir. En arrivant au service militaire, il mesurait 1 m. 89; à la fin de son service, 1 m. 94. L'accroissement de sa taille se fait par poussées. Comme particularité morbide, il présente seulement un genu valgum.

Les ptoses viscérales. — M. Glénard rappelle que c'est à la suite de ses travaux que le type morbide constitué par les ptoses viscérales a été admis en nosologie. Les ptoses sont caractérisées par le déplacement avec mobilité des organes abdominaux et surtout par l'abaissement des viscéres.

La mobilité anormale des organes abdominaux était considérée jusqu'au moment où M. Glénard a publié ses travaux, comme un phénomène clinique très rare. Aujourd'hui, au contraire, grâce à la recherche des symptômes qui la trahissent, et grâce aux procédés spéciaux de palpation indiqués par M. Glénard, on constate que les ptoses viscérales sont très fréquentes.

M. Glénard démontre que la gastropose doit être distinguée de la dilatation de l'estomac, qu'il existe une sténose chronique de l'intestin impliquant un trouble fonctionnel et un abaissement, que le rein mobile avec néphropose est irresponsable des symptômes qui l'accompagnent et qui sont d'origine gastro-intestinale. L'hépatopose classique est une hypertrophie du foie, mais il existe aussi une hépatopose vraie, dont le diagnostic ne peut se faire qu'en employant les moyens d'investigation signalés par M. Glénard. Cette hépatopose implique une déviation fonctionnelle du foie.

Le processus pathogénique de l'entéropose la rapproche des affections par troubles de la nutrition ou de certaines dyspepsies, des névropathies et des maladies classiques du foie.

M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

29 Avril 1899 (fin.)

Sur la présence dans quelques cas de broncho-pneumonie du coccobacille de Pfeiffer et d'un « paracoccobacille de Pfeiffer » prenant le Gram. — M. Rosenthal. J'ai trouvé dans quelques cas de broncho-pneumonie infantile le coccobacille de Pfeiffer, tel que l'ont décrit Pfeiffer puis Meunier, et j'ai obtenu des cultures visibles à l'œil nu en ensemencement du staphylocoque sur les cultures du microbe. J'ai également obtenu des cultures apparentes par symbiose du coccobacille de Pfeiffer avec le pneumocoque et le streptocoque.

En outre, je l'ai trouvé tantôt pur, tantôt associé à d'autres germes ou « paracoccobacille de Pfeiffer » microbe de dimensions semblables, dont les cultures lentes à se développer simulent au début les cultures du véritable microbe de Pfeiffer. Ce paracoccobacille prend le Gram.

La décoloration par le Gram, suivie d'une recoloration légère par le Ziehl dilué, permet de séparer sur une même lamelle les deux bacilles que la coloration au violet de gentiane laisserait confondre.

Du chromogène des capsules surrénales. — M. Lépinou. La coloration rouge formée dans le tissu ou le suc des capsules surrénales, lorsqu'elles sont exposées à l'air, n'est pas due seulement à l'action de l'oxygène (dans ces conditions, le chromogène ne prendrait qu'une teinte violette); il faut plutôt rechercher la cause de ce

fait dans une réaction plus complexe et admettre qu'il y a formation d'eau oxygénée et décomposition ultérieure de celle-ci; l'oxygène ainsi rendu libre avec une activité particulière se porte sur le chromogène pour l'oxyder et le faire virer au rouge.

Sarcosporidies du mouton. — M. Laveran. J'ai pu isoler par trituration ou par dessiccation des sarcosporidies de l'œsophage du mouton, une toxine, la sarco-cystine, douée d'un pouvoir toxique très marqué pour le lapin. Des tentatives d'immunisation sont actuellement en cours.

6 Mai 1899.

De la contractilité électrique des muscles après la mort. — M. Babinski. J'ai observé certaines modifications de la contractilité électrique des muscles après la mort, qui, à ma connaissance, n'ont pas encore été signalées. Elles sont surtout manifestes dans les muscles de la face chez l'homme.

Mes examens ont été pratiqués dans le courant de la deuxième heure qui a suivi la mort.

J'ai constaté, avec les courants voltaïques, à la période où l'excitabilité indirecte est abolie et où la contractilité faradique directe a disparu ou est très affaiblie, un changement dans la forme de la secousse musculaire, qui, au lieu d'être brusque, est lente, paresseuse, ainsi qu'une inversion de la formule normale de l'excitabilité voltaïque, consistant en ce que, au lieu de NFC > PFC on a PFC > NFC, et au lieu de POC > NOC on a NOC > POC. J'ai remarqué, de plus, des différences dans la forme du mouvement, suivant le sens du courant; c'est ainsi que le pôle négatif étant appliqué à la joue à 2 centimètres environ en arrière de la commissure, à la fermeture du courant, les lèvres tendent à se rapprocher l'une de l'autre et à se porter en avant, tandis que l'électrode restant à la même place et les pôles étant transposés, la fermeture du courant provoque un mouvement de la commissure labiale correspondante en haut et en arrière.

On voit que la contractilité électrique des muscles après la mort subit, avant de disparaître, des modifications qui ont une grande analogie avec celles qui sont consécutives à la dégénérescence des nerfs et qui constituent ce qu'on appelle la réaction de dégénérescence.

Sur l'absence des microbes dans la muqueuse intestinale normale des animaux et la caractéristique pathologique de leur présence. — MM. Marfan et L. Bernard font une communication sur ce sujet. (Voir ce même numéro, p. 217.)

Physiologie pathologique de la grossesse. — MM. Charrin et Guillemonat. Nous avons soumis à une alimentation identique, mais insuffisante, 9 séries d'animaux comprenant, les unes 3 ou 4 cobayes pleines; les autres 3 ou 4 cobayes non pleines; chaque jour, on injectait sous la peau 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse minéralisée.

Dans ces conditions, les femelles gravides ont, en général (18 fois sur 22), maigri moins rapidement; elles ont fabriqué moins d'urine, moins d'urée, moins de calorique; pour l'urine on trouve, par exemple, en réunissant les sécrétions rénales de plusieurs, 76 centimètres cubes au lieu de 105; pour l'urée, 0,63 pour 1000, chiffre bien inférieur à celui des animaux sains, 0,92; chez ces animaux sains, la température rectale s'est ordinairement abaissée, les différences oscillant entre 2 ou 3 dixièmes de degré.

La toxicité urinaire tend assez souvent à fléchir chez les cobayes grosses. Par contre, leurs rates augmentent de poids, 0,71 dans l'état de grossesse, 0,39 en dehors de cet état; pourtant, ces cobayes grosses sont plus riches en fer splénique, 1,42 contre 1,01; les follicules de l'organe sont hypertrophiés, les facs hématiques plus étendus.

D'après ce que nous avons vu avec Levaditi, le foie présente par flocs des cellules dégénérées; son fer varie peu; son glycogène, au contraire, subit des oscillations nombreuses; le taux du glycose consommé fléchit; par suite, l'hyperglycémie se revêtit.

En définitive, on observe des modifications statiques, anatomiques, des tares fonctionnelles, des perturbations humorales, un véritable ralentissement de la nutrition (moins d'urine, moins d'urée, moins de calorique), etc.

Il serait aisé d'ajouter à ces données les changements qu'on enregistre en appréciant l'hémoglobine, la composition de la moelle osseuse, du tissu osseux, etc.; néanmoins, les notions acquises sont suffisantes pour permettre de comprendre pourquoi si souvent, chez la femme, une maladie remonte à une grossesse, d'autant plus que la résistance aux virus fléchit sous l'influence de l'hyperglycémie, de la déminéralisation, de l'hypothermie, des lésions viscérales, etc.

Existence de filaments basaux dans les cellules principales de la muqueuse gastrique. — M. Théohari. Langley, dont la description n'a pas été modifiée jusqu'à présent, décrit les cellules principales de l'estomac du chien avec un réticulum et des granulations dans toute leur étendue, pendant l'état de jeûne; pendant la digestion elles ont une zone interne non granuleuse, et une externe granuleuse; les granulations proviennent de la substance hyaline, et celles-ci du réticulum protoplasmique.

Pendant la digestion, j'ai pu constater dans les cellules principales du chien l'existence d'une zone basale sombre englobant le noyau, présentant des filaments sinueux colorables par l'hématéine, les couleurs basiques d'aniline. Les filaments sont sensiblement parallèles au grand axe de la cellule. Entre eux, on trouve des traînées de granulations acidophiles. La portion interne de la cellule est claire et présente un réticulum avec granulations nodales, bien mis en évidence par les couleurs basiques d'aniline. Le long des bords cellulaires, jusqu'à la lumière glandulaire, on trouve des traînées de granulations fuchsino-philes qui se continuent manifestement avec celles de la portion basale.

À l'état de repos, il existe une zone basale réduite d'aspect homogène, sans filaments basaux nets ni granulations fuchsino-philes. Après un jeûne de plus de quatre jours, surtout chez les chiens peu vigoureux, on ne trouve plus qu'une portion basale claire avec réticulum semblable à celui du reste de la cellule.

Les cellules épuisées par une sécrétion prolongée (pilocarpine) présentent une portion basale réduite sans filaments nets ni granulations.

Nous pensons que le schéma de Langley pour la sécrétion des cellules principales doit être modifié de la façon suivante: apparition de filaments basaux pendant la digestion, donnant les granulations acidophiles; ces dernières représentent le ferment figuré sécrété par les cellules principales.

Traitement de la tuberculose expérimentale par les injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses. — M. Morard. Le rôle des matières minérales s'accroît chaque jour. Ces substances agissent sur les phénomènes osmotiques, sur l'activité diastatique, sur l'état bacilléricide. D'après MM. Charrin et Levaditi. D'autre part, chez les tuberculeux, leur élimination atteint des proportions considérables.

Ces données conduisent à rechercher l'influence de ces corps sur l'évolution de la tuberculose.

Nous avons expérimenté sur l'animal le plus sensible au virus tuberculeux, sur le cobaye; nous n'avons pas obtenu de guérison. Cependant, en injectant de très petites doses sous la peau, nous avons observé des survies allant jusqu'à un mois.

Il semble donc que les matières minérales puissent être de quelque utilité. Mais nous ne pensons pas qu'il faille, à l'exemple de certains auteurs, les tenir pour des substances absolument efficaces.

Traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium. — M. Laborde. J'ai, à maintes reprises, préconisé le bromure de strontium dans le traitement de l'épilepsie. J'ai récemment encore obtenu des succès remarquables dans quatre cas de crises comitiales traitées par ce sel à des doses variant entre 4 et 10 grammes. Je n'ai jamais observé d'accidents d'intolérance, si fréquents au contraire avec l'emploi du bromure de potassium.

Du sort du curare introduit dans le tube digestif. — M. Carrière (de Lille) envoie une note dans laquelle il conclut que le curare, aussi bien que d'autres poisons introduits également dans le tube digestif, sont plus ou moins modifiés par les sécrétions qui s'y déversent sans qu'il soit possible d'établir à cet égard des règles générales.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

La dilatation méthodique dans le traitement du phimosis chez les enfants.

Lorsque le prépuce, adhérent ou non, est trop long et trop étroit, deux procédés se trouvent en présence: la dilatation, qui se fait ordinairement avec une pince à pansements, ou la circoncision.

De l'avis des auteurs, on ne doit plus, depuis les méthodes antiseptiques, avoir recours qu'à la circoncision. Cependant, suivant M. Schilling (de Nuremberg) la dilatation, employée d'une certaine façon, peut réussir même dans les cas en apparence passibles de l'intervention sanglante, si l'on procède de la façon suivante.

On commence par dilater l'orifice préputial avec des sondes d'un calibre croissant, ce qui s'obtient rapidement en une seule séance. Puis, la dilatation de l'orifice ayant été jugée suffisante, on attire le prépuce derrière le gland, au moyen du pouce et de l'index des deux mains, les autres doigts fixant le pénis et prenant un point d'appui sur le pubis. Le gland agissant à la façon d'un coin, on arrive ordinairement en une seule séance, quelquefois en deux, à amener le prépuce derrière le gland; il ne reste alors qu'à le ramener en avant. Le résultat obtenu se maintient ordinairement d'une façon définitive, comme M. Schilling a pu le constater dans 40 cas pour lesquels il a employé avec succès ce procédé.

La petite opération n'est guère douloureuse et se pratique sans chloroforme. Pendant la manœuvre,

les adhérences se rompent et parfois la muqueuse éclate dans un ou plusieurs points; cet accident est sans importance. Comme traitement post-opératoire, quelques bains, et, localement, une pommade boriquée.

La dilatation du prépuce serait naturellement indiquée dans les cas où les parents refuseraient une intervention chirurgicale.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 7 Mai MM. Londe, 16. — Carnot, 18. — Marie (R.), 18.

8 Mai. — MM. Gouget, 19. — Brouardel, 16. — Dufour, 17.

9 Mai. — MM. Enriquez, 18. — Plicque, 19. — Auclair, 15.

Prochaine séance, lundi 11 Mai, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 8 Mai. — MM. Riche, 18. — Genouville, 12. — Auvray, 20. — Banzet, 15.

Prochaine séance mercredi 10 Mai, à 4 h. 1/2, à la Charité.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, le 14 Septembre 1899. A la même époque, l'Association britannique tiendra sa session à Douvres. Il a été décidé que les deux Sociétés se recevraient mutuellement et qu'il y aurait des séances communes des deux côtés du détroit.

Les médecins qui désiraient participer aux travaux de la section de médecine sont priés d'adresser au secrétariat du conseil, 28, rue Serpente, à Paris, le titre des communications qu'ils se proposent de faire.

Le prix Lenval. — Le prix fondé par le baron Léon de Lenval (de Nice) sera décerné au Congrès international d'otologie qui doit avoir lieu à Londres du 8 au 11 Août 1899.

Les points suivants ont été décrétés au V^e Congrès otologique tenu à Florence en 1895, au sujet de la façon dont il serait décerné:

1^o A l'occasion des Congrès internationaux d'otologie, une somme de 3.000 francs a été accordée pour fonder un prix dit prix Lenval.

2^o L'intérêt de cette somme, accumulé dans l'intervalle de deux Congrès otologiques, sera accordé à l'auteur ayant réalisé les progrès les plus marqués sur le traitement pratique des affections de l'appareil auditif pendant la période en question, ou à l'inventeur de quelque appareil facilement portable et susceptible d'améliorer considérablement l'audition de personnes sourdes.

3^o La somme de 3.000 francs sera déposée dans une banque publique entre les mains du président du jury.

4^o Le Congrès otologique international élira chaque fois un jury de 7 membres. Celui-ci fera connaître sa décision à la dernière séance de chaque Congrès.

Les membres du jury actuellement constitué sont: le professeur Politzer (de Vienne), M. Benni (de Varsovie), M. Gellé (de Paris), le professeur Pritch (de Londres), le professeur Saint-John Roosa (de New-York), le professeur Kirchner (de Wurzburg), et le professeur Grazi (de Florence).

Les personnes désireuses de concourir pour le prix sont invitées à se mettre en rapport avec M. Gresswell-baber, secrétaire général honoraire, 46, Brunswick Square, à Brighton (Angleterre), pour faire valoir les faits sur lesquels est basée leur candidature.

Nécrologie. — On signale la mort, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, de M. Marcellin Duval, ancien directeur du service de santé de la marine.

Étranger.

— Le gouvernement allemand vient de conférer le titre de professeur à M. Henri Bitter, ancien privat-docent d'hygiène à l'Université de Breslau, et actuellement directeur de l'Institut d'hygiène du Caire.

BIBLIOGRAPHIE

J.-F. Collet. — *Précis de pathologie interne*. 2 vol. in-18 Jésus, ensemble 1.300 pages, avec 173 figures dont 27 en couleurs. Cartonnés à l'anglaise. Prix: 15 francs (OCTAVE DOIX, éditeur).

Robinson. — *Pathogénie et traitement des hématuries rénales dites essentielles*. Broch. in-8^o raisin, de 40 pages (JOUVE ET BOYER, éditeurs).

Bouffé. — *De la diminution de l'activité nerveuse dans le psoriasis, le cancer et la lepre*. Broch. in-8^o raisin, de 32 pages (A. MALOINE, éditeur).

Paul Carnot. — *Les régénérations d'organes*. 1 vol. in-16, de 96 pages, avec 14 figures. Cartonné à l'anglaise. Prix: 1 fr. 50 (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARSTREUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



CHLOROSE, ANÉMIE, SCROFULOSE, SYPHILIS, etc.

Sirop et Dragées

à base de Protoiodure de Fer

DE

F. GILLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Pureté — Solubilité — Inaltérabilité du Sel de Fer.

DOSAGE : Dragées, 0gr.05 d'Iodure de Fer par Dragée. — Sirop, 0gr.10 par cuillerée à bouche.

MODE D'EMPLOI

Dragées : 2 à 8 par jour, au milieu ou à la fin des repas.

Sirop : 1 à 2 cuillerées, par jour, à la fin des repas.



ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, PARIS

DÉPOT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de l'ÉTRANGER

IODURE SOUFFRON (K)

Changement par TITRE (Inaltérable)

SOLUTION à 1/15^e } par cuillerée à soupe
 SIROP à 1/20^m } par cuillerée à café
 DRAGÉES à 0gr. 25 centigr. } par dragée

ASTHME, GOÛTRE, LYMPHATISME, GOUTTE, SYPHILIS
 Ni COREZA, ni GASTRALGIE, ni CEPHALALGIE

Très recommandé par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, très exactement titré et absolument inaltérable. (Echantillons sur demande.)

FABRIQUE-VENTE en GROS : SOUFFRON, 21, rue Poncelet, Paris, et toutes pharmacies

CONSTIPATION

RICINOSE GAUTHIER

au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
 Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^e GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

Granules de Catillon à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
 Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
 Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON, Paris, 3, Boulevard de la Chapelle.

BRONCHITE CHRONIQUE — CATARRHE — EMPHYSÈME
 GRIPE — PHTISIE

CAPSULES MONTEGNIET
 (4 à 6 par jour)

Bromoforme, Benzoate de Soude, Aconit.

Le Bromoforme est éliminé par les poumons; anesthésique et antiseptique, il calme la toux et s'oppose au développement des germes infectieux.

SIROP MONTEGNIET spécial contre la **COQUELUCHE**

A. FOURIS, 5, Rue Lebon, PARIS

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÛTRE

Tablettes de **Catillon**
 à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

TUBERCULOSE PULMONAIRE
 BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES
 DILATATION DES BRONCHES
 PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu
 Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Chloro-Anémie
 CONVALESCENCES
 ATONIE

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de Fer
 et Quassiné Cristallisé.

Le plus Actif des Ferrugineux

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

PERFORATION TRAUMATIQUE DE L'ESTOMAC; GASTROTOMIE; GUÉRISON, par M. R. LE FUR 225

THÉORIE CÉRÉBRALE DE LA RESPIRATION DE CHEYNES-STOKES, par M. RABÉ 227

ANALYSES

Médecine expérimentale : Lieu de formation de la substance agglutinante en cas d'infection par le bacillus aerogenes, par M. J. VAN EMBDEN 228

Obstétrique et gynécologie : Ablation d'une tumeur de l'ovaire au cours d'une fièvre typhoïde, par M. E.-W. COSHING 228

Physiologie : Sur l'hématine du sang et ses variétés suivant les espèces animales, par MM. P. GAZENOVE et P. BRETRAU 228

Chimie : De la nature du sucre urinaire des diabétiques, par MM. PATEIN et DUPAU 228

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Sur le traumatisme et la tuberculose, MM. LANNELONGUE et ACHARD. — Traitement électrique de la goutte, M. TH. GILLÉZ. — Sur les causes et les variations de la rigidité cadavérique, MM. A. LACASSAGNE et ERIENNE MARTIN. — L'iodé dans l'eau de mer, M. ARMAND GAUTIER. — Recherche et dosage colorimétrique de petites quantités d'iodé dans les matières organiques, M. PAUL BOURCET. — Sur l'absorption de l'iodé par la peau et sa localisation dans certains organes, M. F. GALLARD. — Sur le fluor supposé contenu dans certaines eaux minérales, M. F. PARMENTIER 184

Société de chirurgie : Résection de l'estomac, M. TUFFIER, M. QUÉNU. — Fracture de la clavicule; suture; guérison, M. SCHWARTZ. MM. QUÉNU, MICHAUX. — Traitement de la tuberculose testiculaire par la castration préprénale, M. FÉLIZET. — Traitement de la tuberculose testiculaire, M. QUÉNU, MM. NEMER, LUCAS-CHAMONNIÈRE, RECLUS, QUÉNU, RECLUS, TH. ANGER. — Abscès mastoïdien extradrural et phlébite des sinus, M. BROCA. — Tumeur probablement épithéliale de l'estomac; gastro-entérostomie; guérison, M. SCHWARTZ. — Pancréatite suppurée, M. FAURE. — Cholécystostomie, M. MONOD. — Fracture ancienne non réduite de la clavicule droite; est d'origine compréssion du flexus brachial; impotence fonctionnelle des membres; réduction, avivement et suture des fragments; guérison, M. NEMER 185

Société médicale des hôpitaux : Méningite cérébro-spinale et zona, M. NETTER. — Pneumonie du sommet compliquée au huitième jour de méningite cérébro-spinale; guérison, M. RENOU. MM. SIVESTRE, GALLARD, NETTER. — Abscès sous-phrénique en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique trois ans après le début de la maladie, M. BÉLÉRE 186

Société anatomique : Foie plissé par tassement d'origine congestive, M. PAUL GOENOT. — Rétrécissement congénital de l'œsophage; gastrostomie, M. TOUCHÉ. — Anomalie de la veine azygos, M. DÉVÉ. — Sur la situation normale de la veine azygos, M. DÉVÉ. — Lymphadénome et éosinophilie, M. MILLET 187

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie : Grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines, M. LEFAGE. — Suite de la discussion sur les rapports qui existent entre l'appendicite et la grossesse, MM. PORAK et SCHWARTZ, MM. BOUILLY, LEFAGE. — Suite de la discussion relative aux opérations, sur le

col au point de vue obstétrical, M. POZZI. MM. DOLÉRIS, VARNIER, DOLÉRIS 187

Société française de dermatologie et de syphillographie : Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool, M. EDMOND FOURNIER, MM. JACQUET, NICOLAS, BROCA. — Lichen plan typique avec plaques de lichen acuminé, MM. DRUJALOFF et DÉBET. MM. BROCA, HALLOPEAU. — Localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à des pointes de feu, MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Sur un cas de sarcome mélanique primitivement limité au membre inférieur gauche, MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineux seulement à ce niveau, M. RENAUT. MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, MOREL-LAVALLÉE, DU CASTEL, BESNIER. — Syphilis héréditaire, dystrophie osseuse et dystrophie vasculaire, M. BARTHÉLEMY. — Vergetures syphilitiques, M. DANLOS, M. BESNIER 188

Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie (session de 1899). (Suite)

Communications : La photographie stéréoscopique du larynx, M. J. GAREL. — Contribution à l'étude des sinusites fronto-maxillaires, MM. LUBET-BARDON et FRANCIS FURET. — Sarcome de l'amygdale, M. GAUDIER. — Contribution à l'étude et à l'étiologie des sinusites maxillaires aiguës, M. LUC. — Ostéome des fosses nasales avec mucocœle fronto-maxillaire; résection partielle du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde; guérison, M. GEORGES LAURENS 189

XXVIII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie (tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899). (Suite et fin). 189

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la pleurésie aiguë fébrile par le tartre stibié. 189

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La Tropacocaine. 190

LIVRES NOUVEAUX

Revue des sciences chirurgicales pour l'année 1897, par M. HILDEBRAND 190

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

Remplacements. — Docteur en médecine, jeune et actif, demande à faire remplacements. S'adresser au journal (n° 357).

Bonne clientèle à prendre dans commune de l'Yonne, à trois heures et demie de Paris; pas d'autres frais que ceux d'installation. S'adresser à M. Rousseau, 52, boulevard Beaumarchais.

Docteur installé dans commune de la Marne demande remplaçant qui, sous peu, pourrait lui succéder. Rapport annuel, 8.000 francs; susceptible d'augmentation. S'adresser à M. Bougault, 45, avenue de l'Observatoire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

1^{er} Mai 1899.

Sur le traumatisme et la tuberculose. — MM. Lannelongue et Achard. Considéré comme un facteur pathogénique, le traumatisme peut agir de deux façons : directement, pour produire les lésions traumatiques proprement dites, ou indirectement, pour influencer le développement de divers processus morbides qui naissent d'ordinaire en dehors de son intervention. Sans parler des croyances populaires, qui attribuent volontiers à des contusions l'origine des tumeurs, des coxotuberculoses, des maux de Pott, alors qu'en réalité le traumatisme ne fait souvent que rendre manifestes, en les exagérant, les désordres jusque-là cachés, la clinique et l'expérimentation nous renseignent dans le même sens.

En fracturant des os chez des animaux qui avaient reçu, par injections dans le sang, des cultures de staphylocoques, des auteurs déjà anciens avaient déterminé la suppuration des foyers traumatiques.

La clinique nous apprend, en outre, que, dans le cours de diverses infections (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, bacille d'Eberth), une fracture, une injection sous-cutanée de liquides stériles peut provoquer le développement *in situ* d'un foyer contenant l'agent microbien venu par voie interne.

Chez les phthisiques néanmoins, il est exceptionnel qu'un traumatisme sans plaie extérieure, une fracture fermée, par exemple, devienne le point de départ d'un foyer tuberculeux.

Nous avons entrepris plusieurs séries d'expériences consistant à inoculer la tuberculose à des animaux par les voies sous-cutanée, péritonéale, trachéale, sanguine, et à produire chez eux un traumatisme à une période variable de l'infection.

L'injection sous-cutanée de produits tuberculeux humains à des cobayes, suivie de traumatismes divers, a déterminé la mort; mais aucun animal n'a présenté de lésions tuberculeuses au niveau des régions traumatisées.

Les différents autres modes d'inoculation tuberculeuse n'ont jamais été suivis de lésions tuberculeuses développées aux points lésés peu ou longtemps après l'inoculation première.

Il n'est donc pas aussi facile qu'on le croyait de localiser dans un foyer traumatique le processus tuberculeux.

De nos expériences, nous pouvons encore conclure à la rareté de l'infection sanguine chez les animaux tuberculeux. Le sang de ces animaux n'est virulent que lorsqu'il est recueilli sur le cadavre. Le sang d'animaux atteints de tuberculose généralisée et pris pendant leur vie, ne s'est pas montré virulent. On sait, d'ailleurs,

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

CONTREXEVILLE-PAVILLON

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE SIROP FRAISSE OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

POUGUES TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE ORTHOPÉDIE MASSAGE

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

avec quelle rapidité le sang se débarrasse des bacilles tuberculeux qu'on y injecte, puisque quelques minutes suffisent pour l'incorporation de ces bacilles par les globules blancs.

Traitement électrique de la goutte. — M. Th. Guilloz. Dans le traitement de la goutte, envisagée avec M. Bouchard comme une auto-intoxication consécutive à un ralentissement nutritif qui entraîne des altérations des tissus (jointures) par dépôt de composés uratiques, il convient d'augmenter jusqu'à la limite le cycle trophique d'activité des tissus, et de dissoudre, pour favoriser leur élimination, les déchets existants.

J'ai appliqué systématiquement le courant continu à des obèses qui, sans changement de régime, ont perdu environ 1 kilogramme par semaine, jusqu'à 10 ou 15 kilogrammes. Les urines n'ont donné aucune augmentation de déchets azotés (dosages d'urée, d'azote total), ce qui prouve que le muscle n'est pas altéré et que l'amaigrissement se fait aux dépens des graisses et hydrocarbures, preuve d'une nutrition suractive.

Le traitement électrique de la goutte, tel que je l'ai appliqué à 75 malades, consiste en un transport électrolytique de lithium au niveau des jointures atteintes, et dans l'application des courants de haute fréquence locale (transport de lithium) et générale (augmentation de l'activité nutritive).

Ce traitement soulage les douleurs, diminue l'impotence fonctionnelle des membres et modifie l'état général. Appliqué à des cas de rhumatisme chronique déformant, il n'a pas donné de bons résultats.

Sur les causes et les variations de la rigidité cadavérique. — MM. A. Lacassagne et Etienne Martin.

Au moment de la mort, quand la circulation s'arrête, le corps reste soumis aux lois physiques. Le premier effet de la pesanteur est de créer dans le cadavre une sorte de courant de haut en bas, que Brouardel a dénommé circulation *post mortem*, et qui enlève successivement à tous les tissus une partie de leur liquide nourricier, modifie, puis détruit la composition chimique cellulaire : c'est là la cause de la formation aux parties déclives des *lividités cadavériques*; la déshydratation cause la désorganisation de la cellule musculaire et crée la réaction chimique qui va déterminer la rigidité. On peut changer la marche de la rigidité en modifiant l'atmosphère du cadavre, ou en injectant des liquides déshydratants dans les vaisseaux.

Iode dans l'eau de mer. — M. Armand Gautier. Il est généralement admis que l'iode existe, dissous dans l'eau de mer, principalement à l'état d'iodures alcalins ou alcalino-terreux. Toutefois, les auteurs ne sont pas d'accord sur les quantités qu'on y peut déceler. En fait, la présence de l'iode en quantité dosable dans ces eaux demeure incertaine.

Je n'ai pu constater l'existence de traces d'iodures minéraux dans 5 litres d'eau de mer.

L'eau de la pleine mer prise à la surface ou puisée à une faible profondeur ne contient pas d'iodures minéraux.

Dans cette eau, la totalité de l'iode existe sous forme de composés organiques.

Une partie de cet iode organique, le cinquième environ dans le cas présent, est fixé dans les êtres microscopiques : zoogées, algues, spongiaires, etc., qui vivent à la surface et jusqu'à une certaine profondeur et constituent la *plankton* de la haute mer.

Les quatre cinquièmes de l'iode de l'eau de mer y sont à l'état de composés organiques solubles.

La provenance de cet iode organique est actuellement inconnue. Je me propose d'éclaircir prochainement cette question.

Recherche et dosage colorimétrique de petites quantités d'iode dans les matières organiques. — M. Paul Bourcet. Un nouveau procédé de dosage colorimétrique de l'iode nous a permis de déterminer de faibles quantités d'iode dans un certain nombre de substances alimentaires, dont les poids variaient entre 50 grammes et 1 kilogramme.

Voici quelques résultats obtenus chez les poissons.

IODE PAR KILOG.		IODE PAR KILOG.	
Hareng fumé, œufs	0,8	Crevettes	0,7
— laitance	0,6	Bigorneaux	0,75
— entier	1,7	Ablettes	0,6
— entier	1,8	Anguille	0,8
— entier	2,9	Brochet	0,3
Huitres portugaises	1,3	Gardons carpé	1,2
Raie fraîche	0,2	Goujons	0,12
Merlan	0,3	Breème	1,2
Maquereau	0,3	Lotte	0,8
Sardine salée	0,6	Saumon, tête	1,4
Faux rouget	1,3	Traite saumonée	0,1
Moules	1,9	Carpe	0,6
Morue salée	1,2	Chevaine	0,07
Colin, tripes	2,4	Mulet	0,6
Colin, chair	0,9	Lingue	1,2

Sur l'absorption de l'iode par la peau et sa localisation dans certains organes. — M. F. Gallard. On supposait autrefois que le pouvoir absorbant de la peau s'explique, en partie, par une désorganisation préalable du tégument externe. Or la peau saine se laisse pénétrer par des iodures en dissolution, et l'iode qui passe ainsi dans l'organisme peut être retrouvé et dosé dans les urines et les viscères.

Le taux de l'iode augmente dans les urines, non par gradation régulière, mais par poussées successives, aboutissant à de véritables décharges. L'alimentation joue un rôle important dans ce phénomène; le remplacement du régime végétal ordinaire par un régime sec et amygdalé (chez les lapins) produit une élévation considérable du pourcentage de l'iode.

L'iode semble avoir une préférence pour certains organes; il s'y fixe dans des proportions assez considérables pour permettre de supposer une action élective de cet élément.

	Poids de l'organe.	Quantité totale d'iode trouvée.	Quantité d'iode par 100 gr. de substance fraîche.
Sang	105	0,667	0,635
Cœur et poumons	22	0,200	0,910
Glandes du cou	22	0,100	0,500
Foie	36	0,465	0,485
Reins et rate	24	0,067	0,280
Cerveau et cervelet	12	0,465	3,860

Sur le fluor supposé contenu dans certaines eaux minérales. — M. F. Parmentier. On signale la présence du fluor dans certaines eaux minérales, et particulièrement, dans celles du Mont-Dore et de Saint-Honoré-les-Bains. Il est impossible de déceler ce corps dans ces eaux, et les taches qu'elles produisent sur le verre sont dues à un dépôt très adhérent de silice.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

3 Mai 1899 (Suite).

Réséction de l'estomac. — M. Tuffier rapporte l'observation d'un cas de réséction de l'estomac pour cancer, pratiquée avec succès par M. Faure, et fait à ce propos les remarques suivantes :

Le cancer de l'estomac est une affection exclusivement chirurgicale; il nécessite l'intervention dès qu'il est diagnostiqué, et j'ajoute, pour ma part, qu'aucun cancer ne m'a donné des résultats opératoires et thérapeutiques aussi satisfaisants. C'est par années que se compte le bénéfice de l'opération, et la survie ainsi obtenue est réellement effective, puisque j'ai pu montrer, ici et à l'Académie, des malades en très bon état une année après leur opération. Je rappelle que leur cancer était étendu, il mesurait 15 centimètres chez l'un de mes opérés, ce qui ne l'empêche pas, depuis un an, de vivre de son travail. On ne saurait trop insister sur la valeur de ces résultats thérapeutiques, et je ne doute pas que le professeur Landouzy, qui accepte les idées que nous défendons, n'arrive à les propager.

Le second point acquis a trait à la médecine opératoire; tous les procédés d'anastomose sont bons. Nous n'avons après réséction qu'à choisir suivant la mobilité de ce qui nous reste; à cet égard, on ne peut formuler aucune opinion *a priori*. J'ai pratiqué tous ces modes d'anastomose, et ce que j'en ai retiré pour mon instruction, c'est que rien n'est plus variable que la mobilité du pylore et du duodénum; cette mobilité varie non seulement avec les lésions pathologiques qui ont nécessité notre intervention, mais avec chaque sujet; la variabilité très grande de l'étendue des ligaments du pylore explique ces différences, et je considère cette mobilité comme un appoint considérable dans la facilité et la bonté de nos opérations et comme la déterminante principale de l'adoption d'un procédé opératoire.

Il est un point moins connu, mais qui joue également dans cette détermination son rôle : c'est la *minceur*, la *friabilité*, l'*atrophie* des parois de la première portion du duodénum.

La question de l'engorgement ganglionnaire a été discutée; pour ma part, je me range catégoriquement à côté de ceux qui préconisent l'exérèse malgré l'adénopathie, et je crois que la présence de ganglions voisins du pylore et extirpables me contre-indique nullement l'intervention radicale. Je considère la mobilisation possible ou non de la tumeur comme beaucoup plus importante. Je dis mobilisation et non mobilité, car j'ai eu deux fois à séparer le colon transversal adhérent à la tumeur, et mon malade a guéri dans les deux cas. Je ne vois pas que mes opérés adénopathiques aient récidivé plus tôt que les autres.

Je crois de même que l'étendue des lésions est un fait d'importance secondaire. Je vous ai montré ici même une jeune femme dont la partie restante de l'estomac, après réséction, avait juste le volume d'une petite orange. Ces larges ablations n'ont d'autre inconvénient que d'obliger les malades à manger peu et souvent. Ma malade avait fait toutes les deux heures. Il en était de même de celle de M. Faure. Chez elle, les liquides semblaient ne faire que traverser l'estomac parce qu'ils ne passaient pas cette femme, comme le faisaient les aliments solides.

Mais la question principale soulevée par M. Faure a trait à la fermeture temporaire des deux extrémités gastriques et duodénales pendant l'opération. Ce petit point de médecine opératoire mérite discussion, car supprimer ou diminuer la durée pendant laquelle le tube intestinal est ouvert dans le péritoine, c'est diminuer les chances d'inoculation péritonéale, c'est ramer

ner une laparotomie avec résection gastrique à la valeur d'une simple laparotomie exploratrice un peu prolongée. Il faut, à cet égard, bien distinguer les différents temps d'une opération gastrique. Tant que le tube digestif n'est pas ouvert, ce n'est qu'une exploration simple et bénigne; du moment où la muqueuse est ouverte les dangers se multiplient avec un coefficient énorme et les diverses manœuvres ultérieures peuvent toutes être septiques même après que l'ouverture de la muqueuse aura été close, et hermétiquement close. C'est ce principe qui a toujours dicté ma conduite opératoire en chirurgie gastrique ou intestinale; il faut à tout prix diminuer ces chances d'inoculation et pour cela deux moyens sont applicables : 1° fermer le tube digestif dès qu'il est ouvert; 2° abréger la durée de cette opération ultérieure après cette ouverture, et pour cela faire toutes les manœuvres possibles, ligatures, suture d'attente, résections épiploïques avant d'ouvrir l'intestin; c'est l'idée qui a dirigé Souligoux et ses successeurs, dans son procédé dont je ne repousse que les caustiques employés.

Fermer aussi rapidement que possible le tube digestif? Tous les opérateurs s'en sont préoccupés et ont préconisé leur procédé.

M. Faure nous propose, après beaucoup d'autres, la ligature en masse des extrémités gastriques et duodénales; pour cela, il suffirait d'un fil de soie très solide et très énergiquement serré. Je ne puis admettre cette formule absolue. J'ai employé cette ligature dans mes opérations gastriques et intestinales, et, récemment encore, dans une résection de l'intestin grêle pour un rétrécissement tuberculeux. Dans l'ablation pyloro-gastrique, la section de l'estomac après ligature aussi fortement serrée que possible, laisse un moignon très gros formé par les épaisseurs toniques musculaire et muqueuse, moignon dont il faut détruire la muqueuse, moignon difficile à enfouir; très souvent dans mes opérations, j'ai vu la paroi stomacale atteindre un centimètre d'épaisseur; la striction du fil est insuffisante pour réduire suffisamment cette épaisseur. Pour le duodénum à parois minces souvent atrophiées, la striction par un fil donne le résultat tout différent et une bonne soie bien serrée suffit à l'occlusion parfaite; le moignon ainsi formé, est petit, il est facilement enfouï sous un rapide surjet séro-séreux ou sous une suture en bourse. J'ai pratiqué cette même ligature en masse sur l'intestin grêle dans deux entérectomies, et je m'en suis parfaitement trouvé. Il est d'autant plus regrettable que ce procédé soit insuffisant pour l'estomac qu'il est simple, qu'il ne nécessite aucune instrumentation spéciale et que la simplification opératoire est toujours recommandable.

M. Quénu. J'ai pu, dans un cas, utiliser cette ligature en masse de l'estomac; je reconnais, avec M. Tuffier, que, dans la plupart des cas, elle est peu réalisable.

Fracture de la clavicule; suture; guérison. — M. Schwartz présente un malade auquel il a suturé la clavicule. La radiographie avait été faite et n'avait pas montré l'existence d'une esquille située entre les fragments intermédiaires et qui était la cause de la non-réduction.

M. Quénu. J'ai fait une suture de la clavicule trois semaines après la fracture; il existait un cal énorme et des douleurs atroces sur le trajet du médian et du radial. L'opération montra que les douleurs étaient causées par une esquille au point qui venait appuyer sur les nerfs du plexus.

M. Michaux. J'ai fait, avec succès, trois fois la suture de la clavicule fracturée; j'ai perforé les fragments, j'ai passé un double fil et mon succès a été parfait.

10 Mai 1899.

Traitement de la tuberculose testiculaire par la castration préperinéale. — M. Félizet. J'ai déjà

montré que la castration est une opération parfois nécessaire dans le jeune âge contre la tuberculose testiculaire. Je viens proposer aujourd'hui un procédé que j'ai mis en usage depuis quinze ans avec le meilleur résultat. Je respecte le scrotum, dont la structure se prête mal à une suture parfaite, et auquel il est intéressant pour plus tard d'épargner la trace d'une cicatrice apparente. C'est en arrière des bourses, à la limite du périnée que porte l'incision.

La main gauche saisissant en plein le testicule le refoule en arrière et en bas, contre le périnée; une incision antéro-postérieure passe à égale distance du raphé et du pli génito-crotal, incision dont la longueur ne dépasse pas 2 centimètres pour les enfants et 4 ou 5 centimètres pour les adultes met à nu les derniers faisceaux du cremaster.

Une petite incision transversale les libère et le testicule, qui bombait, s'énuclé en entier, par la pression de la main gauche, sans qu'on ait eu besoin d'ouvrir la vaginale.

La masse est attirée en bas et deux pinces à pression, placées au plus haut du cordon, très au-delà de la zone malade, près de l'orifice inguinal externe, jouent le rôle des pinces longues employées pour l'hystérectomie vaginale. Le testicule est, au-dessous d'elles, détaché d'un coup de ciseau. L'opération n'a pas versé un gramme de sang; elle n'a pas duré une minute.

Les pinces sont retirées après quarante-huit heures; la cavité se comble et la cicatrice est invisible, derrière un

scrotum qui a gardé les dimensions et l'apparence d'un scrotum habité. C'est cette cicatrice masquée qui m'a paru surtout intéressante, car le procédé d'hémostase n'est, en fait, qu'un emprunt à la gynécologie, et les inconveniences des incisions intéressant le scrotum ont été mentionnées depuis longtemps par nos maîtres, MM. Tillaux, Guyon et Duplay.

Je me propose de simplifier encore l'opération à l'avenir, en supprimant les pinces à demeure et en appliquant la méthode de broiement de M. Doyen. Il est certain, pour moi, que la guérison sera deux fois plus rapide.

Je n'ai parlé jusqu'ici que du cas dans lequel le testicule tuberculeux ne s'est pas ouvert sur le scrotum. Quand une ulcération existe, j'ai toujours recouru au procédé de la castration préopératoire, mais j'ai d'abord circonscrit l'ulcère par deux incisions en demi-cercle, de façon à mobiliser l'organe pour l'engager dans la baie de mon incision postérieure, qui nous assure ici, plus que jamais, les avantages d'une ouverture déclive; deux ou trois points de catgut rapprochent les lèvres de l'incision pratiquée au scrotum; le tout guérit avec le reste.

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Quénu. Il y a plus de trois ans, je me suis élevé contre la castration en matière de traitement de la tuberculose du testicule, tout en ne restant pas dans l'expectative. Plus que jamais je suis d'avis qu'il ne faut pas s'abstenir dans la tuberculose génitale tout en ne sacrifiant pas le testicule.

Il faut garder le testicule parce que, même devenu inutile au point de vue de la fécondation, le testicule reste le siège de réflexes, de certaines sécrétions dont la résorption n'est peut-être pas indifférente à l'équilibre du système nerveux.

Quant à l'action atrophiquante de la castration sur les tubercules prostatiques, elle n'est nullement démontrée; mais la suppression du foyer principal testiculaire peut aider à l'étaffouement scléro-adipeux des foyers accessoires prostatiques.

Relativement à la conduite à tenir, il faut distinguer suivant qu'il s'agit de lésions froides ou de lésions subaiguës.

Dans les lésions froides, telles que des noyaux disséminés dans l'épididyme et le canal déférent, je conseille d'aller les ouvrir et de les toucher au chlorure de zinc. Si l'épididyme est infiltré, on fera la résection épididymaire, en commençant par la queue et en continuant par la tête, jusqu'à ce qu'on trouve un canal sain. Autant que possible, on agira avec minutie et on maintiendra un drainage, de manière à surveiller la cautérisation.

Dans les lésions subaiguës, on se bornera à l'ouverture des abcès et à la cautérisation au fer rouge ou à l'eau bouillante.

La castration doit être réservée aux cas rares où le testicule est entièrement envahi.

M. Nimier. D'après ce qu'il m'a été donné d'observer dans le milieu militaire, je suis de moins en moins porté aux interventions radicales contre la tuberculose des organes génitaux. Chez l'adulte, il est rare que la lésion du testicule et du canal déférent existe comme seule manifestation de l'infection tuberculeuse, et, par suite, rares sont les cas où l'ablation de l'organe malade peut être conseillée comme moyen de supprimer le foyer susceptible d'infecter secondairement l'économie.

Au besoin, un de mes malades fournira la preuve que pareil résultat, même dans les cas les plus favorables en apparence, n'est pas toujours obtenu. Chez cet homme, la castration d'un testicule tuberculeux pratiquée en 1895 n'a pas prévenu le développement en 1898 d'une ostéite de même nature dans le calcaneum.

Dans la grande majorité des cas que j'ai observés, l'examen clinique du malade et le relevé de ses antécédents morbides ont permis de reconnaître qu'il ne s'agissait pas de tuberculose génitale simple; le plus souvent l'appareil pulmonaire était touché, et chez l'un de ces malades je me suis repenti d'être intervenu.

Il s'agit d'un militaire qui, ajourné deux ans pour hydrocèle, présentait, quand il vint me demander à être opéré, un épanchement de moyen volume dans la vaginale et un noyau bien limité dans l'épididyme, rien par ailleurs dans les organes génitaux. Mais les deux sommets étaient le siège d'une induration torpide du tissu pulmonaire, sans doute en rapport avec une bronchite que le malade rapportait avoir eue à l'âge de sept ans. Il n'accusait pas d'autre maladie, mais sa mère était morte de la poitrine.

Le 17 Février, je pratique l'excision de la vaginale; la plaie se réunit par première intention sans incidents locaux. Dix jours plus tard, le malade se plaint de céphalalgie; bientôt surviennent des vomissements, le diagnostic de méningite s'impose et le 12 Mars, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, le patient meurt, non de sa méningite, mais plutôt d'une pneumonie caséuse du lobe inférieur du poumon droit.

L'autopsie décèle, outre les lésions méningées et pulmonaires de la poussée tuberculeuse mortelle, l'induration ancienne des deux sommets et l'existence d'une petite caverne au sommet gauche.

M. Lucas-Championnière. Le traitement de la tuberculose testiculaire varie suivant les cas. J'ai fait des castrations au début, mais je suis devenu depuis longtemps très conservateur. Le testicule sert à autre chose qu'à sécréter des spermatozoïdes; d'autre part, la pré-

sence d'un débris de testicule conserve la faculté d'érection, ce qui est important précisément chez les tuberculeux.

Souvent, on voit guérir des testicules qu'on croyait totalement perdus et on ne saurait trop insister sur l'utilité d'une médication logique et générale.

M. Reclus. Je suis depuis longtemps résolument conservateur en matière de tuberculose testiculaire. Ce qui commande l'intervention pour moi, c'est la suppuration ou la non suppuration de la glande. S'il n'y a pas de suppuration, je n'opère pas; s'il y en a, je fais une opération partielle ou totale.

J'attire en outre l'attention sur des malades qui croient active une tuberculose déjà éteinte.

Comme opération partielle, je recommande l'épididectomie faite à la cocaïne.

Si le testicule est pris, on fait la castration totale, car je ne connais pas un seul cas de guérison de tuberculose testiculaire véritable.

Quant au traitement du fungus, je crois qu'il ne faut pas abraser ce fungus, car il est constitué par le testicule même, hernié, comme l'a démontré Deville en 1852; il faut donc le rentrer après avoir reconstitué la loge testiculaire.

M. Quénu. Je pense que le fungus peut n'être pas le testicule même, et j'ai récemment enlevé une masse fongueuse venant de l'épididyme malade, et qui faisait hernie à travers le scrotum ulcéré.

M. Reclus. Je ne nie pas l'existence du fungus vrai, mais je répète que, dans l'immense majorité des cas, le fungus est le testicule hernié.

M. Th. Anger. Je conseille la destruction au fer rouge de tous les trajets tuberculeux; j'ai, en particulier, guéri ainsi un malade que je suis depuis vingt-cinq ans et qui reste en excellent état de santé avec deux moignons testiculaires.

Abcès mastoïdien extra-dural et phlébite des sinus. — M. Broca. M. Delanglade nous a adressé une observation dont voici le résumé :

Un enfant de dix ans ayant eu il y a quatre ans de l'otorrhée bilatérale pendant trois mois, mais paraissant guéri depuis cette époque, lui fut adressé le 5 Mars 1899 avec une otite moyenne à marche très aiguë. Le pus s'écoula abondamment par le conduit, bien que les premiers symptômes ne datent que de la veille au matin. Souffrance très vive, température 39°, pouls 100. Douleur à la pression au niveau de l'antre. Le lendemain, malgré de grands lavages et des instillations de glycérine phéniquée, la douleur est la même spontanément et à la pression, la température est à 38°7, le pouls à 130. Malgré l'absence de tout symptôme extérieur à l'apophyse mastoïde (gonflement, œdème, rougeur), M. Delanglade trépana le 7 Mars et fut amené à ouvrir un abcès intra-cranien entre l'os et la dure-mère; le pus, un dé à cuire environ, fut expulsé par saccades. Après une amélioration de quelques heures, la fièvre reparut, ainsi que les douleurs, avec prédominance au niveau du cou et de la tempe. Un gonflement intense, accompagné de rougeur et d'œdème, occupa cette dernière région et se prolongea sur la joue et la paupière. Téphopobie et larmoiement du côté correspondant. Le tamponnement humide de la plaie répété pendant quatre jours n'ayant amené qu'une amélioration insuffisante, trépanation plus large de l'apophyse le 13 Mars, mettant à nu toute la portion mastoïdienne du sinus qui est jaune rougeâtre. Tamponnement humide au sublimé après attouchement à l'eau oxygénée. Le lendemain, apparition d'une ostéomyélite du fémur qui est immédiatement trépanée. Disparition des douleurs, abaissement régulier de la température qui, depuis le 18 Mars, est demeurée au-dessous de 37°8. Etat général parfait. Réparation rapide des plaies par bourgeonnement.

Cette observation montre qu'il faut chercher méthodiquement autour de l'apophyse, même quand celle-ci paraît saine extérieurement.

Le second point intéressant est l'existence d'une phlébite des sinus dont les symptômes ne furent nets que le lendemain de la première opération. Au bout de quatre jours, il devint évident que cette opération était impuissante à enrayer les accidents; et ceux-ci ont cessé lorsque la plus grande partie de l'apophyse a été supprimée et un long segment veineux exposé aux pansements humides. Fallait-il le cueiller après avoir lié la jugulaire? Si M. Delanglade ne s'y est pas résolu, c'est qu'il y avait en outre phlébite des sinus pétreux supérieur et inférieur et qu'il ne lui a pas paru sans danger d'augmenter encore la stase du sang sur le cerveau et peut-être ainsi la virulence des agents infectieux et leur action sur place. Le succès ayant couronné l'intervention de M. Delanglade, il est impossible de dire que l'auteur a eu tort de ne pas lier la jugulaire; mais il me sera permis de faire des réserves sur le motif d'abstention. La ligature de la jugulaire est, je le sais, une pratique encore discutée, et si, en règle générale, je m'en déclare partisan en cas de thrombose du sinus, je suis loin d'avoir sur ce point une doctrine absolue; je crois qu'avec ligature la proportion des guérisons est plus grande et je suis sûr que pour un chirurgien exercé cette ligature n'allonge guère l'opération; mais je sais aussi que les succès ne sont pas rares par l'ouverture large, mais simple, de collections extra-durales et la mise à nu du sinus. Si, après ligature, ou ouvre largement le sinus, si on évacue les produits septiques et si

on tamponne la cavité à la gaze iodoformée, la crainte qui a arrêté la main de M. Delanglade me paraît chimérique, et le but de la ligature — ou mieux de la résection entre deux ligatures — est avant tout d'arrêter la propagation de la phlébite vers la veine cave et de barrer la route aux embolies septiques. Or, il est à noter que le malade de M. Delanglade a eu une ostéomyélite intercurrente du fémur.

Il est à noter qu'il s'est agi dans ce cas d'accidents consécutifs à une otite aiguë. Aussi M. Delanglade n'a-t-il pas ouvert la caisse du tympan en même temps que l'apophyse. L'événement lui a donné raison: la guérison a été très rapide et l'ouïe est complètement conservée. Je n'insiste pas sur ce point aujourd'hui admis à peu près par tout le monde: réserver la trépanation simple de l'apophyse aux mastoïdites aiguës et ouvrir à la fois l'apophyse et la caisse si une otite chronique est l'origine des accidents, quelle que soit leur acuité actuelle.

Tumeur probablement épithéliale de l'estomac; gastro-entérostomie; guérison. — M. Schwartz présente une malade à laquelle il a fait une gastro-entérostomie pour une tumeur, paraissant cancéreuse, de l'estomac. Six mois se sont écoulés; la malade va très bien et la tumeur semble avoir disparu.

Pancréatite supprimée. — M. Faure montre une malade qu'il a opérée pour une pancréatite supprimée.

Cholécyctostomie. — M. Monod présente des calculs biliaires au nombre de 954, qu'il a retirés d'une vésicule distendue par du liquide clair, chez une femme de soixante et onze ans.

Fracture ancienne non réduite de la clavicle droite; cal difforme comprimant le plexus brachial; impotence fonctionnelle du membre; réduction, avivement et suture des fragments; guérison. — M. Nimier lit cette observation.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 Mai 1899 (suite et fin).

Méningite cérébro-spinale et zona. — M. Netter résume l'observation d'un enfant qui succomba dans son service à une méningite cérébro-spinale. Le point particulier, sur lequel l'auteur attire l'attention, est le suivant: la symptomatologie habituelle de la méningite cérébro-spinale se compliqua d'un zona trifacial. Cette particularité fut expliquée par l'autopsie, qui démontra que le ganglion de Gasser du côté du zona baignait complètement dans le pus.

L'examen bactériologique du pus ne fit constater la présence que du seul staphylocoque; il est donc impossible de conclure à une méningite cérébro-spinale épidermique. Toutefois, la porte d'entrée de ce microbe ne put être décelée.

12 Mai 1899.

Pneumonie du sommet compliquée au huitième jour de méningite cérébro-spinale; guérison.

— M. Rendu. Il s'agit d'une fillette de cinq ans, n'ayant jamais été malade depuis sa naissance. Une véritable épidémie domiciliaire avait éclaté dans la maison. Deux de ses sœurs venaient de subir de nombreux accidents dus au pneumocoque.

Brusquement, dans la nuit du 18 Février, cette enfant fut prise d'un violent frisson, suivi d'une fièvre ardente, pendant laquelle elle eut des rêveries et du délire. Les jours suivants, la situation resta la même, et on put assister à l'évolution d'une pneumonie du sommet du poumon droit. Le septième jour de la maladie il sembla que la convalescence allait s'établir.

Mais, contrairement à toutes les prévisions, la température remonta brusquement à 40°, le pouls petit, précipité, marque 160. L'enfant a le regard fixe, elle ne voit pas les objets; les pupilles sont largement dilatées et presque immobiles à la lumière; les mâchoires sont serrées et se meuvent alternativement avec des grincements de dents. La tête est renversée en arrière et maintenue dans cette position par la raideur de la nuque. Les membres supérieurs sont contracturés en extension; aux membres inférieurs, c'est la flexion qui prédomine; le signe de Kernig est manifeste. En même temps la respiration a pris le caractère bulbair. Bref, une méningite cérébro-spinale s'est installée, pendant, d'ailleurs, que la pneumonie subissait une recrudescence. Traitement: bains tièdes sinapisés, injection de sérum artificiel, bromure de potassium.

Le quinzième jour de la maladie, le thermomètre descend à 37°, les symptômes de méningite s'amendent, la pneumonie entre en résolution. Actuellement, l'enfant est complètement guérie et ne garde aucune trace de ces graves accidents de méningite cérébro-spinale.

Il manque à cette observation l'examen direct du liquide céphalo-rachidien; cependant, la clinique permet d'affirmer que le microbe pathogène est le pneumocoque: existence d'une épidémie d'accidents dus au pneumocoque dans la famille même de l'enfant, ailleurs typiques de la pneumonie infantile.

Au point de vue thérapeutique, il a paru évident que si l'enfant a pu surmonter ces graves accidents, c'est grâce aux bains tièdes et aux injections de sérum.

M. Sevestre. Les bains tièdes m'ont également permis

de guérir un cas de méningite cérébro-spinale compliquée d'aphasie.

M. Galliard. La méningite peut être foudroyante : un homme vigoureux tombe subitement dans le coma, il meurt vingt-quatre heures après. Nous trouvâmes une hémorragie méningée. A l'autopsie, nous trouvâmes une méningite aiguë, avec inondation séreuse des ventricules.

M. Netter. L'efficacité des bains chauds dans le traitement de la méningite cérébro-spinale est certaine; cinq cas bien étudiés cliniquement et bactériologiquement et suivis de guérison me le démontrent.

Abcès sous-pléurénique en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique trois ans après le début de la maladie. — **M. Bécélère** présente un malade intéressant à la fois par l'affection tout à fait exceptionnelle dont il est porteur et par le secours qu'a apporté au diagnostic de cette affection l'examen radioscopique; c'est un nouvel et très remarquable exemple des services rendus au diagnostic médical par les rayons Röntgen.

Il s'agit d'un jeune homme robuste, de race saine, de bonne santé habituelle, mais coutumier d'excès alcooliques, qui fut pris subitement, pendant son sommeil, il y a près de trois ans et demi, le 4 Décembre 1895, d'une douleur très vive au côté gauche du thorax. Cette douleur fut suivie de fièvre et le malade dut garder le lit pendant trois mois et demi. Depuis cette époque, il est demeuré dyspnéique au point de ne pouvoir travailler et a séjourné successivement dans les hôpitaux de Dinan, de Charleroi, de Lille, de Saint-Quentin et de Paris. Partout, en raison de sa dyspnée, de sa toux accompagnée d'expectoration purulente et de la déformation hippocratique de ses doigts, il a été considéré et traité comme un tuberculeux.

Cependant, à l'hôpital Tenon, il eut une vomique très abondante de crachats purulents, d'une horrible fétidité, dont il remplit six crachoirs en mois de deux heures. Cette vomique fit croire à l'existence d'un foyer de pleurésie purulente interlobaire du côté gauche, mais six ponctions exploratrices furent faites dans l'aisselle gauche sans aucun résultat.

Le malade entra ensuite à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Bécélère. Celui-ci le soumit à l'examen radioscopique, et, à sa grande surprise, trouva les deux pommons, du sommet à la base, transparents aux rayons Röntgen comme à l'état normal; il ne savait donc où localiser le foyer de suppuration dont le malade était porteur et qui, chaque jour, lui faisait expectorer 250 à 300 grammes d'un pus où jamais le microscope ne fit découvrir aucun bacille. Tout dernièrement, un nouvel examen radioscopique fit constater dans la région de l'hypocondre droit, entre l'ombre en forme de bandelette du diaphragme, mobile avec les mouvements respiratoires, et l'ombre en nappe du foie, l'existence tout à fait anormale d'une zone claire, symptomatique d'une collection gazeuse de l'espace inter-diaphragmatique.

En même temps, la percussion de l'hypocondre droit fit reconnaître que la matité hépatique avait complètement disparu et était remplacée par une sonorité tympanique très distincte de la sonorité pulmonaire; il y avait à la percussion *éclipse totale du foie*; le lendemain, la matité hépatique avait reparu, et l'aspect radioscopique si singulier, constaté la veille, avait disparu pour faire place à l'aspect normal. Depuis, à différentes reprises, les mêmes phénomènes se sont reproduits alternativement. Toujours avec une éclipse totale ou même partielle du foie, constatée par la percussion de l'hypocondre droit, a coïncidé, à l'examen radioscopique, l'image d'une collection gazeuse, placée entre le diaphragme et le foie.

On peut, d'ailleurs, provoquer à volonté l'apparition simultanée des signes qui révèlent à la percussion et sur l'écran fluorescent l'existence de cette collection gazeuse. Il suffit d'inviter le malade, qui ne tousse et ne crache pas la nuit, mais vide sa poche chaque matin au réveil, d'éviter à ce moment tout déplacement et tout effort de façon à conserver jusqu'à ce qu'on le soumette à l'examen radioscopique la majeure partie du contenu gazeux et purulent de sa collection sous-diaphragmatique. C'est ainsi que M. Bécélère a pu mettre sous les yeux de ses auditeurs du dimanche, à une demi-heure d'intervalle, les deux aspects radioscopiques que présente le malade avant et après l'évacuation de son abcès. En résumé, il s'agit d'un abcès sous-pléurénique en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique près de trois ans et demi après le début de la maladie.

Quant au point de départ de cet abcès, M. Bécélère suppose qu'il est le résultat d'une perforation de l'estomac, consécutive à une gastrite alcoolique, sans rien affirmer, d'ailleurs, sur ce point. Quelle qu'en soit l'origine, une intervention chirurgicale s'impose; après qu'elle aura eu lieu, M. Bécélère présentera de nouveau le malade à la Société.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

12 Mai 1899.

Foie plissé par tassement d'origine constrictive. — **M. Paul Guéniot** présente une foie dont la dé-

formation est analogue à celle d'un cas qu'il a déjà publié. On y remarque trois sillons à direction antéro-postérieure, profondément accusés à la partie la plus reculée de la face supérieure.

La cage thoracique offrait un léger rétrécissement au niveau de la 7^e et de la 8^e côte, particularité qui explique la malformation hépatique.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage; gastrostomie. — **M. Touche** montre l'œsophage d'un malade qui a survécu six mois à une gastrostomie pratiquée par M. Monod pour des phénomènes de sténose œsophagienne.

On voit un cancer annulaire de la partie supérieure du conduit, avec une fistule faisant communiquer le foyer néoplasique avec la trachée.

Le foie est farci de trois noyaux secondaires; le poumon n'est pas tuberculeux.

Anomalie de la veine azygos. — **M. Dévé** présente trois cas d'anomalie de la veine azygos, qui, pour aller se jeter dans la veine cave supérieure, traverse le poumon au fond d'une incisure profonde, détachant un lobe pulmonaire accessoire.

Sur la situation normale de la veine azygos. — **M. Dévé** décrit la disposition qu'il croit normale pour la veine azygos. Il est classique de dire que la veine monte sur le flanc droit de la colonne vertébrale. Or, elle se trouve en réalité placée sur la face antérieure de la colonne vertébrale, accolée pour ainsi dire à l'aorte, et presque médiane. Pour décrire sa course, elle est obligée de se diriger en dehors vers la veine cave supérieure.

Dans les cas anormaux où elle monte en dehors de sa situation médiane, elle entre fatalement dans le poumon au niveau de sa course, et détermine nécessairement alors la formation d'un lobe surnuméraire, le lobe de Wisberg.

Lymphadénome et éosinophilie. — **M. Milian** montre des préparations de lymphadénome du testicule et fait remarquer deux particularités histologiques qui n'ont pas encore été signalées : 1^o l'abondance des figures de karyokinèse dans les nodules néoplasiques; 2^o la présence, dans ces mêmes nodules, d'un grand nombre de cellules éosinophiles; on en distingue cinq ou six par champ de microscope, avec l'objectif à immersion.

L'examen du sang du malade ne révèle aucune particularité et les cellules éosinophiles n'y paraissent pas beaucoup plus nombreuses qu'à l'état normal, puisqu'elles sont au nombre de 5 pour 100 de globules blancs. Cette numération des éléments du sang a été faite un mois après l'ablation de la tumeur du testicule qui a été présentée alors par M. Morestin à la Société. Mais, à cette époque, il y avait déjà récidivé dans les ganglions de l'aîne et les ganglions cervicaux commençaient à se prendre.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

5 Mai 1899.

Grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines. — **M. Lepage** constate que, depuis les progrès de ces dernières années de la chirurgie abdominale, les médecins ont parfois une tendance à faire l'erreur inverse, c'est-à-dire à voir un peu trop souvent des grossesses extra-utérines à l'occasion de simples incidents dans le cours d'une grossesse utérine : douleurs abdominales, hémorragies, quelquefois même appendicite, etc.

Dans certains cas même, un cathétérisme utérin mal pratiqué n'a servi qu'à enraciner encore davantage l'erreur de diagnostic.

Aux observations de Huguier, de Pajot, M. Lepage ajoute un certain nombre d'observations personnelles; il rapporte, en outre, un cas où une laparotomie fut faite dans un service de chirurgie.

L'auteur conclut en disant que le diagnostic des grossesses extra-utérines, après le sixième mois, doit être fait avec un grand soin, car l'erreur de diagnostic est souvent dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

Suite de la discussion sur les rapports qui existent entre l'appendicite et la grossesse. — **MM. Porak et Schwartz** apportent trois nouveaux faits.

Dans la première observation, il fut décidé qu'on opérerait la malade à froid, la fosse iliaque droite contenant une masse dure très douloureuse.

Dix jours après le début de l'appendicite, la malade fut passée en chirurgie; mais, vingt-quatre heures après, elle quitta le service avec son plastron sans vouloir se prêter à l'intervention chirurgicale.

La deuxième observation a trait à une femme qui présenta des phénomènes de péritonite aiguë étant enceinte de sept mois et demi.

Elle accoucha d'un enfant probablement infecté, car il succomba sans cause apparente quelques heures après sa naissance.

M. Schwartz trouva une péritonite généralisée grave, septique; il fit deux incisions latérales et une incision médiane qui livrèrent passage à un flot de liquide jaune verdâtre infect contenu dans plusieurs poches.

L'appendicite était gangrené, sphacélé dans les deux tiers de sa longueur.

Malgré un drainage très large et des injections de sérum à doses massives, la malade mourut neuf jours après l'intervention.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois et demi, qui ressentait des douleurs atroces dans le côté droit du ventre, surtout marquées dans la fosse iliaque droite et s'accompagnant de vomissements.

L'incision iliaque parallèle à l'arcade crurale permit de découvrir un appendice en forme de masse, relié au caecum par un simple fil.

Cet appendice était oblitéré et avait été autrefois le siège d'appendicite. Son ablation amena un soulagement énorme dans les douleurs, mais le pouls et la température restèrent relevés.

Au bout de quelques jours, il survint une hématurie rénale qui indiqua le siège des lésions.

M. Schwartz fait remarquer qu'il existe parfois une appendicite folliculaire extrêmement intense, avec lésions débutantes des couches musculaires, alors que l'examen macroscopique ne montre rien de particulier.

Il signale, en outre, une cause d'erreur qu'il a observée dernièrement : sa malade avait physiologiquement un pouls qui variait entre 100 et 104.

M. Bouilly rapporte un cas faisant nombre :

En Mars dernier, il a été appelé à voir une femme enceinte de six mois et demi, qui avait eu la veille, pendant la nuit, deux ou trois vomissements noirâtres. Cette malade se plaignait de douleurs diffuses un peu plus intenses dans la fosse iliaque droite; température 40°; pouls de 120 à 140.

L'intervention immédiate fut décidée : laparotomie latérale simple et facile, amenant sur un appendice très allongé, légèrement tuméfié, ne présentant pas d'adhérences, mais contenant un liquide muco-purulent.

Le lendemain, la malade était guérie comme par enchantement.

L'appendice fut examiné par M. Gombault, qui conclut à une lésion appendiculaire subaiguë dont la virulence était probablement très grande.

La femme guérit rapidement, mais elle avorta quarante-huit heures après l'opération.

M. Lepage a vu deux femmes opérées d'appendicite dans le cours de la grossesse; dans les deux cas, il y avait obliquité très marquée de l'utérus. Peut-être ce changement de direction est-il dû à ce que les femmes atteintes d'appendicite se placent instinctivement, pour atténuer la douleur, dans le décubitus latéral gauche.

Suite de la discussion relative aux opérations sur le col au point de vue obstétrical. — **M. Pozzi** établit que les amputations du col sont d'excellentes opérations, qu'il serait désolant de faire disparaître par la crainte des complications obstétricales.

Il faut seulement réagir contre une mauvaise technique opératoire. La question doit d'abord être précisée; car, ce qui appartient à la lésion antérieure joue souvent un rôle important par la suite; d'autant plus que les ovaires sont souvent malades.

Un très grand nombre d'accidents dystociques sont dus à une amputation du col, exécutée d'une façon défectueuse, ce qui est extrêmement fréquent, ou à une mauvaise asepsie.

L'affrontement très exact des surfaces cruentées, dont la forme est généralement biconique, peut être obtenu par la manière de bien tailler son lambeau en biseau, ce qui empêche la béance au niveau des muqueuses.

Il ne faut pas faire une réunion trop étendue de façon à avoir une sténose opératoire; et, cependant, il faut affronter toute la surface cruentée, de façon à ne pas avoir d'espace mort.

M. Pozzi se sert de fils d'argent ou de crins de Florence.

Quand l'asepsie du vagin est mauvaise, il y a infection, désunion; la production de tissu scléreux est l'aboutissant de toutes ces fautes. Or, le tissu inodulaire produit de la sténose, de la rigidité, et tous les accidents qui ont été décrits pendant l'accouchement.

L'opération de Schröder à un seul lambeau est idéalement parfaite puisqu'on respecte le tissu sain; mais en pratique, il faut, pour bien la faire, une habileté technique extraordinaire.

L'amputation bi-conique avec lambeaux inégaux, l'interne étant plus grand que l'externe, est bien plus facile à exécuter.

Les opérations sur le col sont excellentes dans bien des cas :

1^o Dans les ulcérations rebelles du col, véritables néoplasies glandulaires qui ne guérissent jamais spontanément;

2^o Dans la dégénérescence scléro-kystique du col qui est une cause de douleur et d'infection pour l'appareil génital;

3^o Dans les métrites chroniques avec involution tardive et gros col, l'amputation produit une sorte d'involution artificielle;

4^o Les ulcérations bornées à une partie latérale du col sont traitées d'une façon parfaite par l'opération d'Emmel;

5^o Dans les cols coniques sténosés, M. Pozzi considère que la stomatoplastie par évidement commissura est une excellente opération.

Dans ces cas de rétrécissement congénital de l'orifice externe, et quand il y a métrite cervicale, elle permet

ultérieurement la fécondation. Chez les tardipares en ceintes seulement à quarante-deux ou quarante-trois ans, le col rigide ne se dilate pas, alors même qu'on y a pas touché.

Il est donc naturel que les mêmes phénomènes se produisent si on a fait une opération, laquelle a permis la fécondation.

M. Doléris déclare que le Schröder est la seule opération à faire, car elle répond seulement à la lésion : granulations souvent grosses comme des grains de millet, ne tarissant jamais et s'étendant fort loin.

Il faut tout d'abord mettre à découvert les lésions du col.

Les sutures ne sont pas nécessaires, car la cicatrisation se fait rapidement par extension de la muqueuse.

Le crin de Florence a le grand inconvénient d'être d'une recherche difficile; le catgut est excellent quand il a été bien préparé et qu'on a fait une asepsie préalable sérieuse dans toute la hauteur du col.

M. Doléris a réuni 78 observations ayant trait aux conséquences de ces opérations au point de vue de l'accouchement, et dans aucun cas les résultats ne prêtent à la critique de l'intervention.

Dans bien des cas, l'amputation du col a permis la fécondation, et si on a observé l'avortement ou l'accouchement prématuré, ils sont imputables, non à l'opération, mais à des lésions qui existaient avant elle, et qui, parfois, n'ont été rendues manifestes que pendant la grossesse : prolapsus léger, par exemple, ou début de rétroversion.

M. Doléris conclut en disant que la trachélorraphie peut toujours être remplacée par une bonne opération sur le col.

C'est dans ces cas, en effet, qu'on a observé le plus grand nombre des accidents, ce qui se conçoit puisqu'on refait une primipare âgée, c'est-à-dire une véritable tardipare.

Les opérations sur le col présentent, quand elles sont bien faites, une grande utilité au point de vue obstétrical, puisque, dans un grand nombre de cas, ce sont elles qui ont permis la conception.

M. Varnier présente une pièce tendant à prouver que les opérations pratiquées sur le col sont dangereuses.

C'est un utérus qui s'est rompu au cours de la plus facile des versions. La malade est morte d'hémorragie malgré un tamponnement serré qui avait semblé arrêter l'écoulement de sang.

La rupture utérine s'étend de 5 centimètres dans le col et a son point de départ dans une cicatrice nodulaire qui date d'un des accouchements antérieurs de la malade. Le franchissement de l'orifice interne par cette cheville fibreuse cicatricielle a été le point de départ de la rupture du segment inférieur.

Il est certain que si cette femme avait subi une opération de Schröder ou d'Emmet, on aurait été tenté d'incriminer l'opération plastique comme cause de la rupture utérine.

M. Varnier demande à M. Lepage s'il peut lui donner l'explication de la rupture prématurée des membranes qu'il a observée à la suite des opérations sur le col, car ce fait lui paraît incompréhensible.

M. Doléris montre qu'on peut fort bien agir sur les cols qui ont été déchirés, comme dans le cas que vient de rapporter M. Varnier. Pour les réparer, il suffit de les dilater : on voit alors un canal dont les deux parois sont absolument inégales.

Il faut alors inciser très haut, enlever tout le bloc malade, aller jusqu'à ce qu'on ait sous le doigt un muscle rosé et élastique.

L. BOUCHARCOURT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4 Mai 1899 (fin.)

Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool. — M. Edmond Fournier. Le père des enfants que nous vous présentons est âgé de quarante-cinq ans, il est petit et chétif, on ne trouve pas de tuberculose dans ses antécédents ni chez lui. C'est un alcoolique renforcé, dont la moyenne est par jour de trois litres de vin, dix absinthes, deux ou trois vermouths. Il présente des cicatrices syphilitiques, et il est actuellement en traitement pour une tumeur du genou qui a été regardée comme d'origine syphilitique et qui disparaît maintenant sous l'influence du traitement.

La mère est âgée de quarante ans; elle est petite, non tuberculeuse, et présente des stigmates de syphilis héréditaire. Six de ses frères ou sœurs sur douze sont morts en bas âge, deux autres plus tard. Elle-même présente des stigmates de dystrophie dentaire et oculaire, en particulier, une teinte grisâtre de la papille dont les veines serpigineuses et volumineuses, et de la chorio-rétinite pigmentaire.

Cette femme a eu treize enfants; huit sont morts en bas-âge. Des cinq qui restent, deux sont jumeaux, et la fréquence de la gémeité est remarquable chez cette femme qui, trois fois, eut deux enfants. Les enfants vivants sont les cinq derniers : l'aîné a neuf ans, sa taille est très petite, 1^m,10; ses bosses pariétales sont bien développées, son front proéminent; les dents sont

mal formées, phimosis congénital, remarquable petitesse des testicules dont la dureté est grande, hernie inguinale congénitale. Comme stigmates oculaires : cadre pigmentaire noir autour du disque optique, pigmentation grenue du fond de l'œil.

Le deuxième et le troisième survivant, sont jumeaux. Ils ont six ans et demi, leur taille est de 0^m,83. Le frère a un genou valgum, un crâne volumineux à front proéminent, ses testicules sont en ectopie. Il n'a pu parler et marcher qu'à l'âge de trois ans. Il ne possède au maxillaire supérieur que trois dents et quatre seulement au maxillaire inférieur. Son tympan est cicatriciel. Il présente des stigmates oculaires analogues au précédent.

Sa sœur jumelle a des déformations analogues du crâne, des lésions dentaires et oculaires; elle est, de plus, atteinte de trichotilomanie : elle portait à son entrée, au niveau de la bosse pariétale gauche, une large plaque où tous les cheveux étaient cassés. Elle subit enfin une incontinence d'urine aussi bien diurne que nocturne.

Le quatrième enfant a quatre ans, et sa taille est celle d'un enfant de douze mois. Il est remarquable, en outre, par le volume extrême de l'épiphyse inférieure du radius, par la laxité des ligaments articulaires, il ne peut se tenir sur les jambes. Il est atteint d'incontinence d'urine.

Le cinquième a quinze mois; chez lui dominent les stigmates oculaires.

Dans tous ces accidents, quelle part revient à la syphilis? Beaucoup d'autres affections paternelles n'auraient-elles pu amener cet état? N'y a-t-il pas là l'influence visible de la parasymphilie héréditaire jointe à celle de l'alcool?

M. Jacquet. Nous ne voulons pas laisser passer cette communication sans insister une fois de plus sur l'action abâtardissante de l'alcool, sans dénoncer encore la déchéance dont notre race est frappée par le fait de l'intoxication à laquelle on l'expose et on la livre chaque jour et partout.

Toutes les dystrophies héréditaires peuvent être le fait de l'alcool; mais quelles sont les déchéances qu'il ne saurait produire chez l'adulte? Dans notre service, nous avons 17 phthisiques; 16 d'entre eux furent des alcooliques invétérés et ne devinrent tuberculeux que plus tard. Et l'alcool n'est pas le seul élément de ruine. Les amers, l'absinthe et tant d'autres sapent en sa compagnie.

L'alcool et la syphilis ne diminuent pas sensiblement la quantité des naissances, mais la quantité des enfants. Une statistique portant sur dix familles de buveurs et dix familles sobres a montré la même proportion de naissances; mais, du côté sain, il y eut environ 90 pour 100 d'enfants bien constitués, donnant des hommes vigoureux; du côté des buveurs, il ne resta plus tard que 45 à 50 pour 100 des enfants; encore, parmi ceux qui vivaient, était-il des idiots, des crétins, des épileptiques.

M. Nicolas. Il faut demander la cause de cet état de choses à la loi de 1879 sur la liberté des cabarets.

M. Brocq. Il faut voir encore, dans cette loi, une cause d'infection profonde de la population, car l'arrière-boutique du cabaret nous envoie les plus beaux échantillons de la syphilis. Combien de fois nous est-il arrivé de dire à nos élèves de Lourcine, avant d'avoir interrogé la malade qui se présentait, et sur le simple examen de sa vulve : voici une servante de cabaret. Les plus extraordinaires, les plus affreuses lésions spécifiques appartiennent aux servantes des marchands de vin, qui font, de l'arrière-boutique, sortir la syphilis en compagnie de l'alcoolisme.

Lichen plan typique avec placards de lichen acuminé. — MM. Dieulafoy et Déhu présentent un malade atteint de lichen plan. L'éruption présente ici un aspect insolite, en raison de la destruction par excoriation des papules planes typiques, au fur et à mesure de leur apparition. Aussi, ne distingue-t-on, tout d'abord, que des lésions de grattage : croûtes noirâtres et macules pigmentaires; mais, en cherchant avec soin, on retrouve sur plusieurs points des petits groupes de papules plates brillantes, polygonales, avec dépression centrale, qui permettent d'affirmer le diagnostic de lichen plan. Ce cas présente encore une autre particularité remarquable : c'est l'existence, sur le sacrum, de placards nettement circonscrits, constitués par des papules folliculaires coniques, de consistance cornée, donnant, au toucher, la sensation d'une râpe. Ces éléments sont tout à fait analogues d'aspect à ceux du *pityriasis rubra pilaris*. Mais, à l'encontre de ce qu'on voit dans cette dernière maladie, le derme, au niveau de ces placards, est notablement épaissi et induré. En résumé, il s'agit ici d'un cas de lichen caractérisé, d'une part, par des papules planes typiques dont la plupart sont excoriées, d'autre part, par des papules acuminées, groupées en placards circonscrits avec épaississement et induration du derme.

M. Brocq. La plaque que présente ce malade au niveau des lombes nous a jeté dans l'embarras. Il y avait là du grattage et des lichénifications consécutives, la peau était épaissie avec, au centre, un léger degré d'atrophie et une teinte blanchâtre. Elle présentait, en outre, des lésions papuleuses rappelant le *pityriasis rubra pilaris*.

En regardant de près, nous vîmes, sur la face interne des cuisses, de petites papules à surface brillante, aplatie, avec dépression centrale, qui nous firent conclure à du lichen *ruber plan* dont les papules, typiques au début, étaient transformées par le grattage et perdaient leur physiologie primitive.

Au niveau des membres existaient des lésions excoriées appelant l'idée de lichénification. Enfin, aux jambes, les lésions faisaient penser au lichen *ruber corné*.

Nous concluons donc que ce malade peut être considéré comme présentant les faces multiples que peut revêtir le lichen *ruber plan*. On peut même trouver chez lui des papules acuminées, recouvertes de squames adhérentes, développées autour d'un follicule pileux et sans dépression centrale; en un mot, des papules de lichen *ruber acuminatus* des Allemands, que leur disposition particulière les a amenés à tort à regarder comme une variété de *pityriasis rubra pilaris*.

M. Hallopeau. Nous avons vu deux cas semblables, et, comme M. Brocq, nous concluons à l'existence d'un lichen *ruber plan* à forme objective variée.

Localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à des pointes de feu. — MM. Hallopeau et Gardner. Ce cas est à rapprocher de celui où nous avons vu les altérations psoriasiques se produire et se localiser chez un porteur aux halles, au niveau du siège des bretelles. Ces faits prouvent que l'épiderme de nouvelle formation qui se régénère après l'application de pointes de feu offre un terrain favorable au développement de cette dermatose.

Sur un cas de sarcomes mélaniques, primitivement limités au membre inférieur gauche. — MM. Hallopeau et Gardner. L'un des orteils paraît avoir été la porte d'entrée de la maladie. Le malade marche parfois pieds nus; la propagation s'est faite surtout par les lymphatiques; on en a pour témoins les indurations multiples que l'on perçoit à la partie supérieure de la cuisse, sur le trajet de ces vaisseaux; elles rappellent, par leur disposition, les lymphangites gommeuses ascendantes de la tuberculose. Les ganglions peuvent momentanément faire obstacle à la généralisation. La lésion initiale, seule ulcérée, présente une remarquable puissance de destruction; la phalange, profondément ulcérée, menace de se détacher, le malade accuse de violentes douleurs analogues à celles du tabes, dues à la compression de filets nerveux. Le traitement par la méthode de Carny-Trunczek a donné de mauvais résultats.

Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineuse seulement à des niveaux. — M. Renaut. Ce malade semble avoir eu en Janvier l'accident initial; en Mars, il eut une pneumonie. Au cours de son traitement, on constata, sur la face postérieure du tronc, sur les membres et sur la face une roséole typique. Un caractère remarquable se manifesta à la face seulement; le prurit y fut intense.

M. Barthélémy. Nous avons vu trois cas de roséole généralisée que l'évolution confirma. Dans ces trois cas, nous n'avons pu trouver la porte d'entrée de la syphilis.

Le virus a-t-il été porté d'emblée dans la circulation?

M. Fournier. Il y a ici une roséole indéniable si rare que soit ce fait au visage. La lésion du front est assez souvent prise mais rarement dépassée.

M. Morel Lavallée. Le pityriasis rosé de Gibert est susceptible d'une même exception.

M. Du Castel. Le malade est doublement anormal : sa roséole de la face est prurigineuse, la région thoraco-abdominale antérieure n'est pas prise.

M. Besnier. Le chancre initial n'a pas été vu; aussi conservons-nous quelques doutes sur la chronologie de l'affection et l'observation prêterait beaucoup de son intérêt s'il s'agissait d'une roséole de retour.

M. Barthélémy demande s'il est possible d'observer la syphilis sans chancre. Dans 5 pour 100 des cas, il est impossible de retrouver l'accident initial, mais nous croyons pouvoir affirmer que celui-ci peut manquer; en voici une preuve à peu près absolue. Un malade psoriasique fut par erreur de diagnostic soumis à une injection mercurielle. C'était à une époque où tous les syphilitiques étaient traités en commun sans grande distinction d'aiguille et sans doute avec une antisepsie insuffisante. Le lendemain, l'erreur fut reconnue et le malade scrupuleusement surveillé. Au point injecté, il n'eut jamais de chancre ni la moindre réaction. Dans le courant de la septième à la huitième semaine apparut une roséole suivie de cachexie profonde; le malade guérit en quelques semaines de traitement. Malheureusement il ne fut plus revu.

Syphilis héréditaire; dystrophie osseuse et dystrophie vasculaire. — M. Barthélémy. Au nom de M. Étienne (de Nancy), nous présentons une lésion osseuse rappelant la déformation en sabre de cavalier.

Au nom de M. Bard, nous présentons l'observation d'un nouveau-né, fœtus de huit mois, qui mourut à la naissance d'une hémorragie pleurale et de rupture de la rate. Il s'agit là d'une lésion anormale du système vasculaire qu'on doit rapporter à l'hérédosyphilis.

Vergetures syphilitiques. — M. Danlos. Cette malade a pris la syphilis il y a quatorze mois; elle présente encore, à la place du chancre lingual qui l'infecta, une induration très marquée.

Les vergetures qu'elle présente ne sont pas très accentuées encore. Leur complet développement demande en effet dix-huit mois à deux ans. Elles sont surtout apparentes à l'occasion des mouvements.

M. Besnier. M. Balzer a le premier attiré l'attention sur ces faits. Il serait intéressant d'établir par une statistique les formes de syphilides qui sont le plus fréquemment suivies de vergetures.

M. Danlos. Ce sont ordinairement les syphilitides papuleuses que nous avons vues suivies de cette atrophie spéciale.

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1899.

(Suite).

La photographie stéréoscopique du larynx. — M. J. Garel (de Lyon). A la réunion de l'année dernière, j'ai eu l'honneur de vous présenter un appareil destiné à photographier le larynx. Mais ce n'était là que la première étape de mes recherches. Mon principal but était d'arriver à obtenir des photographies stéréoscopiques qui seules sont vraiment intéressantes à cause du relief qu'elles présentent.

La stéréoscopie du larynx ne date pas d'hier, puisque Czernak avait déjà fait des tentatives qui malheureusement ne furent pas couronnées de succès. Th. French dit bien avoir obtenu des épreuves stéréoscopiques en accouplant des épreuves prises successivement, mais il n'en donne aucun spécimen, et d'ailleurs les images stéréoscopiques, pour être parfaites, doivent être prises simultanément, surtout pour un organe aussi mobile que le larynx. C'est une condition indispensable pour le repérage mathématique des deux images.

L'appareil auquel je me suis arrêté est celui de French, auquel j'ai adapté deux objectifs au lieu d'un et que j'ai muni de rouleaux de pellicules sensibles, ce qui permet de prendre un nombre illimité de clichés dans un espace de temps très restreint. Les points clichés sont ensuite agrandis au moyen d'un cône spécial qui rétablit l'image en grandeur naturelle. Néanmoins ces épreuves peuvent se passer d'agrandissement et il est possible de les monter de manière à pouvoir les examiner dans les petits stéréoscopes construits pour le vérascope de Richard.

Nous croyons que les épreuves stéréoscopiques auront une importance considérable pour l'illustration des travaux relatifs à la laryngoscopie. Elles seront plus instructives que les meilleures descriptions, car elles donneront aux yeux l'illusion de la réalité.

Contribution à l'étude des sinusites fronto-maxillaires. — MM. Lubet-Barbon et Francis Furet (de Paris). — Ces auteurs rapportent le résumé de leurs connaissances et de leur pratique personnelle sur cette question. Ils considèrent l'empyème fronto-maxillaire comme une seule et même maladie, dont l'origine peut être nasale ou dentaire. La première est la plus fréquente.

Le traitement chirurgical est celui proposé par Luc, avec cette différence que MM. Lubet-Barbon et Francis Furet ne mettent pas de drains. Leurs résultats sont satisfaisants : 17 opérations sur le sinus maxillaire, avec 3 récidives ; 9 sur le frontal, sans aucune récidive.

La symptomatologie de l'empyème fronto-maxillaire est la partie la plus importante de ce travail. C'est l'éclairage par transparence et surtout la ponction exploratrice du sinus maxillaire qui permettent d'établir définitivement le diagnostic. Pour l'éclairage du sinus frontal, les auteurs apportent de nouveaux procédés et un nouvel outillage. Lorsque le diagnostic d'empyème frontal reste incertain, il faut recourir à la trépanation exploratrice.

Sarcome de l'amygdale. — M. Gaudier (de Lille) résume l'observation rare d'un sarcome à petites cellules développé dans la loge amygdalienne gauche, et qui avait évolué à la manière d'une amygdalite phlegmoneuse. La marche rapide, la forme de la tumeur, l'aspect à l'examen buccal paraissent tellement être celui d'un abcès, qu'un médecin appelé avait ponctionné au bistouri à deux reprises. Le caractère rénitent, presque fluctuant de ces tumeurs est d'ailleurs classique.

Comme la masse, par son volume, menaçait d'amener l'asphyxie, on en tenta l'ablation. L'enucléation fut assez facile ; mais une récidive rapide survint qui emporta le malade.

Contribution à l'étude et à l'histoire des sinusites maxillaires aiguës. — M. Luc (de Paris). La première partie de ce travail est consacrée à la relation d'un cas d'empyème fronto-maxillaire gauche, aigu, à pneumocoques, survenu chez un jeune étudiant en médecine, à la suite de l'autopsie d'un sujet mort de méningite cérébro-spinale, à pneumocoques, et qui guérit sans opération à la suite d'applications chaudes au-devant des cavités malades et d'inhalations mentholées.

L'auteur fait remarquer que le sinus ne redevient perméable aux rayons lumineux que plus d'un an après la cessation de toute suppuration.

Dans la seconde partie de son travail, M. Luc rapporte deux cas d'abcès sous-périostiques pré-maxillaires, d'origine dentaire, ouverts secondairement dans le sinus. Comparant ces deux faits aux observations cliniques des anciens auteurs, l'auteur croit que les prétendus faits d'empyème maxillaire ouvert spontanément à travers la paroi de l'antra, qu'on rencontre en si grand nombre dans les anciens traités, pourraient bien avoir été mal interprétés, et n'être que des cas d'abcès sous-périostiques pré-maxillaires ouverts secondairement dans le sinus.

Chez ses deux malades, M. Luc a employé avec le plus

grand succès la méthode d'ouverture large du sinus, suivie du drainage nasal adopté par lui.

Les deux foyers se trouvent ainsi réunis en un seul, et l'on évite les inconvénients d'une incision cutanée.

Ostéome des fosses nasales avec mucoécèle fronto-maxillaire ; résection partielle du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde ; guérison (Sera publié en extenso). — M. Georges Laurens (de Paris). L'auteur présente la photographie et la pièce d'une jeune malade à laquelle, pour un ostéome occupant toute une fosse nasale et le sinus maxillaire, il a dû réséquer l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ouvrir largement la paroi antérieure de l'antra d'Highmore, réséquer le tiers interne de l'arcade orbitaire et enlever une partie de l'ethmoïde.

La malade a guéri par première intention et sans la moindre déformation.

(A suivre.)

G. LAURENS.

XXVIII^e CONGRÈS

DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 5 au 8 Avril 1899.

(Suite et fin.)

Traitement de l'appendicite. — M. Rengers (de Berlin) estime que la conduite doit varier suivant que l'appendicite s'accompagne ou non de péritonite.

Dans l'appendicite non accompagnée de péritonite, on trouve tout d'abord des cas dans lesquels les manifestations appendiculaires résultent d'une localisation particulière d'une affection générale (fièvre typhoïde, dysenterie) et disparaissent spontanément avec celle-ci.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une appendicite en quelque sorte autonome, qui s'accompagne du syndrome de coliques appendiculaires une fois que l'appendice est transformé en cavité close. Si les attaques se reproduisent, il est indiqué d'intervenir chirurgicalement.

Dans l'appendicite accompagnée de péritonite, la conduite doit varier suivant que la péritonite est généralisée ou non. Dans le premier cas, il faut intervenir le plus tôt possible, car on ne peut guère sauver ces malades qu'en intervenant dans les premières vingt-quatre heures. Si la péritonite reste locale, on peut attendre quatre à cinq jours avant d'intervenir, car l'exsudat se résorbe souvent spontanément.

M. Sonnenburg (de Berlin) pense que ce qui prime dans la question du traitement, c'est l'existence d'une suppuration. Les signes qui permettent de la diagnostiquer sont, en somme, assez nets, et, une fois la suppuration diagnostiquée, il vaut mieux attendre la résorption du foyer péri-appendiculaire pendant quatre ou cinq jours pour intervenir que dans le cas où cette résorption ne s'effectuerait pas. A ce moment, on doit se contenter de la simple incision, quitte à réséquer l'appendice quand les signes d'irritation péritonéale auront disparu.

Sur 473 opérations, M. Sonnenburg a noté 89 fistules, complication qu'il attribue en partie à une suture défectueuse.

M. Ewald (de Berlin) a constaté que, dans certains cas, l'appendicite se manifeste par des douleurs diffuses de l'abdomen avec méléna à répétition. Ces malades passent souvent pour des neurasthéniques, et il suffit souvent de leur enlever l'appendice pour voir les troubles disparaître.

M. Dührssen (de Berlin) a trouvé l'appendice malade dans 9 cas sur 320 laparotomies faites pour affections de l'utérus et de ses annexes.

M. Rotter (de Berlin) apporte les statistiques de son service d'où il résulte que, dans plus de 60 pour 100 des cas, l'appendicite guérit par le traitement médical. Si, dans la période aiguë, on intervient pour une suppuration, on doit se contenter de la simple incision du foyer sans chercher à enlever l'appendice.

M. Kummel (de Hambourg) intervient sans tarder dans les péritonites localisées graves, mais s'abstient tant que la péritonite locale reste légère. Sur 643 cas traités médicalement, il a perdu 24 malades ; la mortalité a été nulle dans l'appendicite opérée à froid, et de 65 pour 100 dans l'appendicite aiguë.

Iléus et perforation de l'intestin par des calculs biliaires. — M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein), qui, au cours d'une kélotomie, a trouvé, dans l'anse étranglée et herniée, des calculs biliaires, estime que ceux-ci sont capables de produire l'iléus ou la perforation de l'intestin par trois mécanismes distincts : 1° arrêt du calcul au niveau de la valvule iléo-cœcale avec obstruction mécanique ; 2° contraction spasmodique de l'intestin autour du calcul ; 3° processus inflammatoires se développant autour du calcul arrêté.

Hémorragies gastriques et duodénales après les opérations sur l'intestin. — M. von Eiselsberg (de Königsberg) a observé cette complication dans 6 cas où, au cours de l'intervention (hernie étranglée, iléus, extirpation du rectum cancéreux), il a eu à lier l'épiploon. Il explique ces hémorragies par le transport rétrograde des thrombus des artères de l'épiploon.

Diverticules acquis de l'intestin. — M. Graver attire l'attention sur l'existence, au niveau de l'S iliaque, des diverticules formés par la muqueuse et qui suivent

les vaisseaux dans les interstices de la muqueuse. Ces diverticules acquis, qui s'obstruent surtout chez les cardiaques, se forment sous l'action des gaz intestinaux et peuvent donner lieu à la formation des abcès.

Occlusion de l'intestin par compresses. — M. Rehn communique l'observation d'une femme à laquelle il avait fait la laparotomie et qui revint au bout de quatre mois avec des symptômes d'occlusion subaiguë. La laparotomie permit de découvrir une anse intestinale tuméfiée qui fut réséquée. A l'intérieur de cette anse se trouvait une compresse de gaze probablement oubliée dans la cavité abdominale au cours de la première opération.

M. Kader a observé un cas analogue, toutefois avec cette différence que la malade avait expulsé spontanément par le rectum la compresse oubliée.

Ulcération de l'intestin dans l'iléus. — M. Preitz attire l'attention sur l'existence, dans l'iléus, des ulcérations intestinales situées à une certaine distance de l'étranglement et provoquées par la thrombose des artérioles de l'intestin.

Implantation du côlon transverse dans le sphincter anal. — M. Kummel a fait cette opération deux fois : une fois pour une tuberculose du gros intestin, une autre fois pour un rétrécissement syphilitique du rectum. Dans le premier cas, une nouvelle laparotomie, faite à dix-huit mois de distance pour péritonite tuberculeuse, a permis de constater que l'opération a fort bien réussi. Dans le second cas, une seconde laparotomie faite pour des accidents d'obstruction intestinale a permis de constater que ceux-ci étaient dus à une condure de l'intestin grêle. Les deux malades ont guéri.

Prolapsus du rectum. — M. Ludolf communique une statistique relative aux résultats du traitement opératoire du prolapsus du rectum. L'ablation du prolapsus lui a donné 6 guérisons et 1 récidive ; la torsion d'après le procédé de Gersuny a échoué dans le cas où elle a été employée ; la rectopexie a fourni 9 guérisons et 9 récidives ; la colopexie d'après la méthode de Bogdanik n'a pas donné de résultats satisfaisants chez le malade chez lequel on l'a employée. Enfin le massage de Thurebrandt a amené la guérison complète dans 2 cas.

Les vaisseaux lymphatiques de l'estomac. — M. Most a étudié la distribution des vaisseaux lymphatiques de l'estomac afin de se rendre compte du mode de propagation du cancer de l'estomac. Du pylore, les lymphatiques se dirigent vers les ganglions de la petite courbure, puis suivent les artères coronaires. Il n'y a pas de communication entre les lymphatiques du pylore et ceux du cardia. Des lymphatiques de l'oesophage, l'injection passe dans ceux de l'estomac, mais il est impossible d'injecter les lymphatiques de l'oesophage par ceux de l'estomac.

Rein polykystique. — M. Krölein a eu l'occasion d'enlever un rein atteint de dégénérescence polykystique congénitale. Cette ablation n'a été faite que lorsqu'on a constaté l'intégrité du second rein, fait absolument exceptionnel, étant donné que la dégénérescence polykystique congénitale est ordinairement bilatérale. Aussi M. Krölein pense-t-il que, dans son cas, la lésion n'était pas d'origine congénitale.

M. Küster estime que, dans les cas de ce genre, il ne faut jamais compter sur l'intégrité du second rein, et se contenter par conséquent de la néphrotomie.

Radioscopie des calculs du rein. — M. Müller a communiqué l'observation d'un malade chez lequel la radioscopie a permis de constater l'existence d'un calcul du rein. L'examen du calcul extrait après néphrotomie a permis de constater qu'il s'agissait d'un calcul phosphatique.

M. Ringel a constaté contrairement, aux faits qui ont été avancés, que la radiographie permet de constater l'existence des calculs quelle que soit leur composition chimique.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de la pleurésie aiguë fébrile par le tartre stibié.

Dans la pleurésie fébrile aiguë, la médication stibiée à hautes doses est pour le professeur Jacoud la médication idéale. Voici comment il conseille de la conduire :

On donne 40 centigrammes de tartre stibié chez un homme, 30 centigrammes chez une femme, dans une potion, *sans opium*. Ces doses sont de rigueur, sauf débilité de l'individu, sauf diarrhée, sauf épistaxis dues à la constitution du malade ou à son affection.

La potion est prise par cuillerées toutes les heures. Comme cette médication exige une certaine prudence, le médecin doit disposer de son temps de manière à se trouver près de son malade quand celui-ci aura pris la moitié de sa potion. Si donc cette potion contenait huit cuillerées, le médecin

retournera auprès de son malade entre la quatrième et la cinquième heure.

C'est qu'en effet les évacuations sont parfois très considérables, dépassent toute attente, et le malade se trouve très fatigué. La visite qu'on fait à ce moment permet donc de se rendre compte de l'effet du médicament et de voir si la médication doit être continuée ou suspendue.

Jamais on ne doit donner deux jours de suite le tartre stibié; mais, le lendemain, on prescrit au malade une potion cordiale, une potion tonique au quinquina et à l'alcool.

Le troisième jour on reprend la médication stibée, et, suivant les effets observés le premier jour et les résultats obtenus au point de vue de l'état général, de la fièvre et de la quantité de l'épanchement, on fait usage des doses premières ou de ces mêmes doses diminuées de dix centigrammes. Après cette seconde dose de tartre stibié, on constate ordinairement une amélioration notable du malade, la disparition de la fièvre et de la gêne respiratoire et une diminution considérable de l'épanchement.

Il est alors inutile de continuer le tartre stibié, qu'on remplace par un purgatif énergique :

Eau-de-vie allemande. } à 10 à 30 grammes.
Sirop de nerprun. }
A prendre le matin.

Ce purgatif est répété à plusieurs reprises.

Enfin, on met un vésicatoire pour débarrasser le malade des reliquats de son affection, et on y adjoint le régime lacté.

Depuis que M. Jaccoud a adopté cette manière de traiter les pleurésies fébriles, il n'a eu qu'à se louer de sa méthode. Mais il faut que la fièvre existe. Si la fièvre fait défaut, si elle a pris fin, la médication stibée ne trouve pas d'indication.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La Tropicocaïne.

La tropicocaïne, principe actif contenu dans les feuilles d'une plante appartenant à la même famille que l'érythroxylon coca, donne avec l'acide chlorhydrique un sel, le chlorhydrate de tropicocaïne ou chlorhydrate de benzoyl-pseudo-tropine (C¹⁷H¹⁷NO²·H²COHCL), qui, d'après les recherches de MM. Chadbourne, Vamossy et Hugen Schmidt, paraît être un succédané très important de la cocaïne ordinaire.

Ce chlorhydrate est une poudre blanche, cristalline, d'une saveur amère, très soluble dans l'eau.

Si l'on s'en rapporte aux expériences faites, tout récemment, par M. Custer (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1898, n° 2), la tropicocaïne aurait sur la cocaïne l'avantage d'être trois fois moins toxique que celle-ci, tout en jouissant d'un pouvoir anesthésiant au moins égal.

Aussi serait-elle nettement supérieure à la cocaïne, surtout pour l'anesthésie par infiltration d'après la méthode de M. Schleich.

Les solutions employées pour l'injection sont au même titre que celles de chlorhydrate de cocaïne, soit 0 gr. 1 pour 100 centimètres cubes dans la solution II et 0 gr. 2 pour 100 centimètres cubes dans la solution I. Comme véhicule, on emploie une solution saline à 0 gr. 2 pour 100. La solution III, qui agit comme anesthésique douloureux (0 gr. 01 de tropicocaïne), grâce à la faible toxicité de la tropicocaïne, est complètement abandonnée. L'addition de morphine (0 gr. 025 à 0 gr. 005 pour 100) recommandée par Schleich, pour combattre la douleur qui suit l'injection, est tout aussi inutile. Cependant, il sera bon, dans les cas où peut survenir une douleur tardive (par exemple, dans les cas de panaris), de faire, immédiatement avant l'opération, une injection ordinaire de morphine.

L'anesthésie régionale proposée par M. Oberst est pratiquée avec une solution de tropicocaïne à un demi ou 1 pour 100.

La tropicocaïne ne produisant pas de mydriase, on la préfère à la cocaïne, en ophtalmologie, dans tous les cas où l'on veut éviter la dilatation pupillaire.

Cet alcaloïde rendrait encore des services dans l'art dentaire : sous son influence, l'avulsion des dents s'opérerait avec une indolence absolue. Ainsi, si nous nous en rapportons au témoignage de M. Hans Albrecht, qui l'a employé avec succès dans plus de 300 cas, les solutions aqueuses de ce sel au titre de 3 ou 4 pour 100 donnent, en injection

intra-gingivale, des résultats absolument identiques à ceux de la cocaïne.

La technique de ces injections ne réclame aucun outillage spécial; il suffira de faire plusieurs piqûres autour de la dent malade que l'on veut arracher en dirigeant l'aiguille parallèlement aux racines de la dent; la quantité de liquide à employer variera suivant les cas, de une demi-seringue à deux seringues; l'innocuité de ce médicament permet, d'ailleurs, de recourir à des doses souvent plus élevées qu'avec la cocaïne.

La tropicocaïne peut aussi rendre de très réels services quand il s'agit de combattre une névralgie dentaire rebelle : ce serait d'après M. Albrecht un excellent remède contre la rage de dents.

LIVRES NOUVEAUX

M. Hildebrand, professeur à l'Université de Berlin. — *Revue des sciences chirurgicales pour l'année 1897* (Wiesbaden, 1898, J. F. BERGMANN, éditeur).

Ce gros volume est un recueil d'analyses relatives à tout ce qui s'est publié en chirurgie pendant l'année 1897.

Il est divisé en trois parties, qui comprennent chacune un nombre variable de chapitres.

La première partie, rédigée par M. le professeur Hildebrand, est consacrée à la critique des différents manuels et traités de chirurgie; on y trouve aussi d'intéressants comptes rendus concernant les faits observés dans les cliniques et services chirurgicaux.

La seconde partie nous renseigne sur tout ce qui se rapporte à la chirurgie et à la pathologie générales : méthodes d'anesthésie, pansements, travaux sur les septiciémies, le tétanos, les tuberculoses externes, la syphilis, la lèpre, l'actinomycose, etc. Ces analyses sont dues à la plume de MM. Ritschl, Brunner, Pagenstecher, Volkmann, Hildesheim, Goldmann, Pels Lensden, Fischer, Kölliker, Hoffa, Hüter, Landow.

La troisième partie traite des questions de chirurgie spéciale : chirurgie de la tête par MM. Hacker, Steller, Patsch; chirurgie du cou par MM. Lang, Friedrich, Schultze; chirurgie du thorax par MM. Poppert, Schultze, Bennecke; chirurgie de l'abdomen par MM. Pagenstecher, Pernice, Strauch, Mertens, Kammeyer, Flischhauer, Hofmeister, Hildebrand; chirurgie des voies urinaires par MM. Reichel et Schmidt; chirurgie des organes génitaux de l'homme par M. Kirchhoff; chirurgie du membre inférieur par MM. Braun, Laas, Ayer, chirurgie du rachis par M. Hoffa, etc.

La plupart de ces analyses, celles qui se rapportent aux travaux importants, ont été faites avec un soin très méticuleux : elles montrent bien que leurs auteurs ont consciencieusement étudié leur sujet; elles ne donnent pas l'impression d'une besogne faite à la hâte, comme c'est malheureusement trop souvent le cas; quant aux articles et mémoires de moindre intérêt, les auteurs ne leur ont souvent consacré que quelques lignes, presque toujours suffisantes, néanmoins, à donner une idée précise de la valeur du travail.

Cette publication, qui ne compte encore que trois années d'existence, a, incontestablement, déjà rendu grand service aux travailleurs.

J. BAROZZI.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 6 Mai (omise). — MM. Boix, 17. — Teissier, 20. — Brühl, 17.

11 Mai. — MM. Legry, 26. — Sallard, 17. — Bezançon, 17.

12 Mai. — MM. Macaigué, 17. — Hudelo, 19. — Soupault, 17.

Prochaine séance (dernière de la 1^{re} épreuve clinique) samedi 13 Mai, à 4 h. 1/2, à l'hôpital Necker.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Fondation d'un nouveau prix. — M. Bogéto, lieutenant d'artillerie, qui vient de mourir à Montpellier, lègue à l'Académie de médecine toute sa fortune pour fonder un prix destiné à récompenser l'ouvrage le plus important sur le traitement de la tuberculose.

Assistance médicale. — Dans sa séance du 8 Mai, le Conseil municipal de Paris a renvoyé à la 5^e Commission une proposition de M. Brard invitant l'Administration à étudier un projet destiné à donner des secours immédiats en cas d'urgence et à confier à tous les médecins le titre de médecin du Bureau de bienfaisance.

A propos de la peste. — On mande de Constantinople que le retour des pèlerins de la Mecque s'effectue dans de bonnes conditions sanitaires, et sera terminé dans une quinzaine de jours. La peste est en décroissance à Djeddah, en sorte qu'on peut considérer le danger de propagation du fléau comme conjuré.

Le Conseil supérieur sanitaire a d'ailleurs pris, à l'égard des pèlerins qui rentreront par la voie de mer dans les ports de la Méditerranée, des mesures dont voici le détail :

1^o Les pèlerins qui rentreront du Hedjaz dans la Méditerranée, après avoir subi la quarantaine réglementaire dans le lazaret de Tor (Égypte), seront traités à leur arrivée aux ports ottomans de la Méditerranée selon l'état sanitaire qui aura été constaté dans ledit lazaret pour chaque convoi.

Tous les bateaux de pèlerins, provenant du littoral du Hedjaz entre Yembo et Mamouret-el-Hamidie, inclusivement, dans lesquels il n'y a eu aucun cas de peste pendant la durée de la quarantaine au lazaret de Tor, seront soumis à une quarantaine d'observation de cinq jours.

Les pèlerins et leurs effets seront débarqués à leur arrivée aux lazarets, et seront soumis chacun séparément à une visite médicale rigoureuse.

2^o Les lazarets affectés exclusivement à la quarantaine des pèlerins sont : pour ceux de la Syrie, le lazaret de Beyrouth; pour ceux de la Tripolitaine ainsi que ceux de la Turquie d'Europe et de la Turquie d'Asie, le lazaret de Chalonéous aux environs de Smyrne.

3^o La désinfection des effets et hardes des pèlerins sera exécutée le plus strictement possible selon les dispositions du règlement spécial en vigueur pour l'année de l'Hégire 1316.

4^o La libre pratique sera donnée aux pèlerins à la suite d'une dernière visite médicale, après laquelle tous les malades seront séparés pour être soignés dans les ambulances des lazarets jusqu'à complète guérison.

5^o Les bateaux de pèlerins venant à Constantinople seront soumis à leur arrivée aux Dardanelles à une sévère visite médicale. Les malades qui se trouveront parmi eux seront débarqués pour être soignés dans l'hôpital.

6^o Les convois de pèlerins, parmi lesquels il y aurait eu des cas de peste, durant leur quarantaine dans le lazaret de Tor, seront soumis à une quarantaine de plus longue durée que celle mentionnée plus haut. Le délai de cette quarantaine sera désigné, chaque fois, par le Conseil supérieur de santé. Les effets et les hardes des pèlerins seront soumis à trois désinfections. Les objets sales et vieux, présumés avoir servi aux personnes atteintes de la peste, seront brûlés.

Dans le cas où il y aurait dans les bateaux des cas de peste, soit durant la traversée jusqu'à Tor, soit à l'arrivée, soit durant le séjour dans le lazaret de Tor, les dispositions du règlement spécial concernant les bateaux contaminés seront totalement appliquées à ces bâtiments. La libre pratique sera délivrée selon les instructions du Conseil sanitaire.

Outre ces dispositions, des instructions doivent être données aux autorités pour qu'elles vérifient les tezkères quaranténaires des pèlerins rentrant à leur port. Dans le cas où un pèlerin rentré ne serait pas muni de ce tezkère, il sera isolé et soumis à une surveillance de quinze jours.

Les médecins devront enjoindre aux pèlerins de ne pas perdre leurs tezkères quaranténaires. En outre, la police devra surveiller pendant un mois l'état sanitaire des pèlerins rentrés dans leurs foyers et aviser les médecins municipaux de la moindre indisposition dont ils seront souffrants.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 18^e semaine, 1,007 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (984) et de la moyenne ordinaire des semaines de Mai (957).

La fièvre typhoïde n'a causé que 12 décès, au lieu de 21 pendant chacune des deux semaines précédentes. En outre, le nombre des cas nouveaux de maladie signalés par les médecins continue à diminuer (58 au lieu de 68). La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 36 décès (la moyenne des semaines de Mai est de 31). La coqueluche continue à dépasser un peu la moyenne (14 décès au lieu de la moyenne 8). La scarlatine n'a causé que 2 décès (la moyenne est 3), et la diphtérie seulement 7 (la moyenne est 16). La varicelle n'a causé aucun décès.

La grippe a encore causé 20 décès.

Étranger.

— Nous avons annoncé qu'un comité médical avait pris l'initiative d'organiser en Prusse un véritable plébiscite au sujet du projet de loi instituant des tribunaux d'État spéciaux pour les médecins (tribunaux d'honneur). Sur les 15,000 médecins du royaume de Prusse, 7,308 ont fait connaître leur opinion. 718 seulement acceptent le projet du projet du projet. Les autres sont ou hostiles ou demandent des garanties plus sérieuses que ne leur en offre le projet en question.

BIBLIOGRAPHIE

3^e session de l'Association française d'urologie, Paris, 1898. Procès-verbaux, mémoires et discussions. 1 vol. in-8° de 493 pages avec figures. Prix : 8 francs (OCTAVE DOIX, éditeur).

F. Jousseume. — *La Philosophie aux prises avec la mer Rouge, le Darwinisme et les trois règnes des corps organisés*. 1 vol. in-16, de 560 pages. Prix : 3 francs (A. MALOINE, éditeur).

Gaston Lyon. — *Traité élémentaire de clinique thérapeutique*. Troisième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8° Jésus, de 1332 pages, relié demi-peau. Prix : 20 francs (MASSON ET C^o, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

PEPTONE CORNELIS
et **Glycérophosphates**

Chaque verre à madère de **VIN CORNELIS** renferme les éléments de :
30^{es} VIANDE DE BŒUF
et 30 centigr. de **Glycérophosphates.**

VIN CORNELIS

**TONI-NUTRITIF
RECONSTITUANT
RÉPARATEUR PUISSANT**

DOSE : Un verre à madère après chacun des deux principaux repas.

PRÉPARATION et DÉPOT GÉNÉRAL :
L. BRUNEAU, Pharmacien de 1^{re} Classe, à LILLE.

OFFICIELLEMENT
PRESCRITE
DANS LES
HOPITALS DE PARIS

SÈCHE, SOLUBLE, BLANCHE

Très agréable au goût. **Sans odeur**

PEPTONE CORNELIS

Représente 10 fois son poids de **VIANDE de BŒUF**.
PLUS NUTRITIVE, LA PLUS DIRECTEMENT ASSIMILABLE

Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs brevetés.

DOSE : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

DÉPOT GÉNÉRAL :
Ph^{ie} **L. BRUNEAU, à LILLE.**

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

**SOLUTION
PAUTAUBERGE**

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Hémorrhagies **Lymphatisme**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec,
représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON : **4 FRANCS**

Anémie **Chlorose**

SERUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

selon la méthode du Dr MARMORECK

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8, quai de Retz, LYON

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

AU MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.



EN CETTE SAISON la

SOLUTION BOURGUIGNON

REMPLECE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ CHIMIQUEMENT

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 4, rue Cassette.

LA

PRESSSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

DES INJECTIONS SOUS-ARACHNOÏDIENNES, par M. A. SIGARD 229
A PROPOS DE L'ORIGINE PARASITAIRE DU CANCER. RÉPONSE A M. PODWYSOTZKY, par M. F.-J. BOSQ 232
LA LEVURE DE BIÈRE; LA LEVURINE, par M. CH. COUTUREUX 234

MÉDECINE PRATIQUE

L'argile dans les poussements, par M. R. ROMME 235

ANALYSES

Médecine expérimentale: L'action globulicide de l'organisme animal, par M. V. DUNGERN 235
Médecine: Gangrène spontanée consécutive à une pneumonie chez un enfant, par M. ZUPFINGER 236
Chirurgie: Extirpation d'un cancer primitif de la portion cervicale de l'œsophage, par M. F. DE QUERVAIN 236
Obstétrique et gynécologie: Opération césarienne par la voie vaginale, par M. ACCOINT 236
Ophthalmologie: Le facteur "tare nerveuse" dans le strabisme, par M. DE MICAS 236
Rhinologie, otologie, laryngologie: A propos d'un cas de lupus du larynx, par M. MASSEI 236

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences: Physiologie pathologique de la grossesse, MM. CHARRIN et GUILLEMONAT 192
Académie de médecine: Un moyen de doubler l'action sonore dans les appareils phonographiques et téléphoniques, M. LABORDE. — Traitement des plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu avec épanchements de sang, M. LUCAS-CHAMPONNIÈRE. — Sur l'acide vanilique et les corps vanilliques, M. FRANÇOIS-FRANCK 192
Société de biologie: Sur l'existence possible des voies lymphatiques dans le système nerveux central, M. G. GUYLLAIN. — Tares des générateurs et terrains favorables à la maladie chez les descendants, MM. CHARRIN et GUILLEMONAT. — Traitement du tétanos expérimental par la méthode de Baccelli, MM. J. COURMOT et DUYON. — Infection mixte dans un cas de fièvre typhoïde anormale d'embée, MM. MACÉ et G. ETIENNE. — Arrêt de développement considérable de l'encéphale associé à des malformations médullaires, crâniennes et oculaires, MM. SABRAZÈS et UBBY. — Mesuration de l'odorat, M. TOURNESE. — Chromatolyse, dans la cicatrisation du tégument externe, M. BRASCA 192
Société de thérapeutique: Posologie de l'exalgine, M. BARDET 193
Société de médecine et de chirurgie pratiques: A propos du traitement de la morphinomanie, M. PAUL GUILLOIN. MM. LUTAUD, BÉRIILLON, COMAR. — Etude sur le rhumatisme arthro-musculaire de la région pharyngée, M. MONMARRON 193

PRATIQUE MÉDICALE

Technique du maillot humide dans la broncho-pneumonie des enfants 193

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 193

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies

CONTREXEVILLE-PAVILLON

POUGUES TONI-DIGESTIVE

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 24 Mai 1899, à 1 heure. — M. PICHARD : Sur les déformations des doigts survenant au cours de certaines maladies de l'appareil respiratoire; MM. Potain, Fournier, Gaucher, Teissier. — M. CHUCOTOT : Des poussements simples dans quelques maladies communes de la peau, dermatites artificielles eczémateuses et suppuratives; MM. Fournier, Potain, Gaucher, Teissier. — M. LESLELLE : Contribution à l'étude des mamelles et mamelons surmammaires; MM. Pinard, Terrier, Varnier, Legueu. — M. MENLEY : De l'hystéropexie vaginale pour les rétrodéviations utérines (Description du procédé de Richelot); MM. Terrier, Pinard, Varnier, Legueu. — M. PORTILLO : Une observation de la plaie de la veine fémorale au cours de la kélotomie crurale; MM. Tillaux, Delens, Sebileau, Broca (Aug.). — M. HAMON : Contribution à l'étude des ostéomyélites costales aiguës; MM. Tillaux, Delens, Sebileau, Broca. — M. GILBERT : Etude sur l'opothérapie ovarienne et l'aménorrhée-dysménorrhée; MM. Tillaux, Delens, Sebileau, Broca (Aug.). — M. BEZIER : Fracture et consolidation tardive des pseudarthroses; traitements employés; MM. Tillaux, Delens, Sebileau, Broca (Aug.).

Judi 25 Mai 1899, à 1 heure. — M. MORARD : Du rôle des sels minéraux de l'organisme dans les phénomènes de nutrition et de défense contre l'infection. Traitement de la tuberculose par la minéralisation au moyen des injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses; MM. Bouchard, Chantemesse, Charrin, Thiroloix. — M. ROBERT : Contribution à l'étude du purpura dans la fièvre typhoïde; MM. Chantemesse, Bouchard, Charrin, Thiroloix. — M. FORTUET : Contribution à l'étude des affections de la région sous-glottique du larynx; MM. Dieulafoy, Deboue, Troisième, Roger. — M. VOZELLE : De la colite muco-membraneuse; MM. Deboue, Dieulafoy, Troisième, Roger. — M. DUBREUX : De l'intervention précoce dans les plaies du globe oculaire; MM. Panas, Budin, Richelot, Bonnaire. — M. RIQUOIR : Etude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassin vicieux; MM. Budin, Panas, Richelot, Bonnaire. — M. GAMET : Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du nerf cubital dans les fractures de la gouttière épitrochléo-olécraniennne; MM. Guyon, Berger, Quénu, Albarran. — M. LOMBARD : Essai sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'oreille moyenne dans les otites suppurées dermiques; MM. Berger, Guyon, Quénu, Albarran. — M. DEBOCLEL : Intervention précoce dans les contusions de l'abdomen; MM. Berger, Guyon, Quénu, Albarran. — M. PISSEY : Essai sur les glandes du conduit auditif externe (glandes dites cérumineuses); MM. Mathias-Duval, Retterer, Thiery, Desgrez. — M. GUILLOIN : Les leucocytes dans la chlorose et l'anémie

pernicieuse progressive; MM. Mathias-Duval, Retterer, Thiery, Desgrez. — M. ELIAS : La transplantation des tissus; MM. Mathias-Duval, Retterer, Thiery, Desgrez.
Vendredi 26 Mai 1899, à 1 heure. — M. MICRON : De l'ostéotomie dans les ankyloses vicieuses consécutives à la coxalgie; MM. Tillaux, Poirier, André, Mauclair. — M. ANGELENGERS : Contribution à l'étude des pseudarthroses de l'humérus; MM. Tillaux, Poirier, André, Mauclair. — M. GANDREY : De la pilocarpine en thérapeutique oculaire et en particulier dans les kératites interstitielles; MM. Tillaux, Poirier, André, Mauclair. — M. MARTINE : Contribution à l'étude clinique et au traitement des sarcomes de l'extrémité inférieure du fémur; MM. Tillaux, Poirier, André, Mauclair.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 23 Mai 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevaux. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Budin, Richelot, Quénu. — 3^e (Deuxième partie), N. R. : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Marfan. — 4^e (1^{re} série) : MM. Pouchet, Vaquez, Langlois. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Chantemesse, Troisième, André. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Guyon, Berger, Albarran. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Panas, Le Dentu, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccoud, Deboue, Ménétrier.

Mercredi 24 Mai 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudeloque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 4^e (1^{re} série) : MM. Ch. Richet, Lancereaux, Wurtz. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Vidal. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Blum, Humbert, Walther. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Delens, Lejars, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Dupré, Méry.

Judi 25 Mai 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Rémy, Gley, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Poirier, Wallich, Faure. — 3^e (Deuxième partie), A. R. : MM. Hutinel, Marfan, Launois. — 3^e (Deuxième partie), N. R. : MM. Raymond, Ménétrier, Achard. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Hanriot, Vaquez, Wurtz.

Vendredi 26 Mai 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudeloque. MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Richet, Retterer. — 3^e Oral (Première partie), Salle n° 2 (Faculté) : MM. Terrier, Legueu, Wallich. — 3^e (Deuxième partie), Salle n° 1 (Faculté) : MM. Potain, Vidal, Teissier. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 5^e (Première partie), chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Delens, Reclus, Broca (Aug.). — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Humbert, Lejars, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Joffroy, Lancereaux, Méry.

Samedi 27 Mai 1899. — 3^e Oral (Première partie), Salle n° 2 (Faculté) : MM. Berger, Thiery, Wallich. — 4^e (1^{re} série), Salle n° 1 (Faculté) : MM. Pouchet, Troisième, Langlois. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharma-

CARABANA PURGE GUÉRIT

Antiseptique, Désinfectant, LAURENOL
 Inodore, sans Mercure.

CASCARA DEMAZIERE

PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la CONSTIPATION CHRONIQUE

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne, Surrénale, Thyroïdienne MONCOUR

DRAGÉES de FER COGNET

Protosalate de Fer et Quassine cristallisées.
LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

SAINT-GALMIER BADOIT

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

ologie. Salle de Matière médicale : MM. Hutinel, Hanriot, Vaquez. — 2^e (officiat définitif) : MM. Richelot, Achari, Lannois. — 5^e (Première partie). Chirurgie, Pitié : MM. Quénu, Poirier, Faure. — 5^e (Deuxième partie). Pitié : MM. Hallopeau, Ménétrier, Thiroloix. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série). Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Roger, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série). Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Raymond, Vidal. — 5^e (Première partie). Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Panas, Budin, Bonnaire.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

8 Mai 1899.

Physiologie pathologique de la grossesse. — MM. Charria et Guillemonat. La grossesse provoque dans l'organisme des modifications de divers ordres; toutefois, en dehors de quelques notions relatives à la composition des urines, à l'oxygène consommé, à l'acide carbonique exhalé, les données enregistrées relèvent en grande partie purement de l'observation clinique (troubles des appareils nerveux, digestifs, etc.). L'expérimentation peut fournir des résultats plus précis.

Nous avons opéré sur huit séries comprenant chacune, d'un côté, des cobayes pleines, plus ou moins avancées; de l'autre, des cobayes non pleines, en nombre égal, sensible de même poids. Nous les avons soumises à une alimentation absolument semblable, consistant en 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse minéralisée (sulfate de soude, 45 grammes; phosphate de soude, 42 gr. 50; phosphate neutre de potasse, 42 gr. 50; chlorure de sodium, 10 grammes; eau, 1000) injectés quotidiennement sous la peau.

Dans la majorité des cas, les cobayes pleines maigrissent moins vite, fabriquent moins d'urine, moins d'urée, moins de calorique; elles sont moins riches en fer; elles offrent des altérations de structure.

En présence de ce ralentissement manifeste de la nutrition, en face de ces modifications statiques, anatomiques, devant ces anomalies chimiques, humorales, on comprend pourquoi, si souvent, l'histoire pathologique de la femme remonte à une grossesse; il est d'autant plus facile de saisir la portée de ces tares au point de vue de la genèse des maladies que la déminéralisation, l'hyperglycémie, l'hypothermie, les lésions viscérales, que tous ces processus, mis en lumière chez les femelles grosses, font sans contester fléchir la résistance de l'économie à l'égard des principes morbifiques.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

16 Mai 1899.

Un moyen de doubler l'action sonore dans les appareils phonographiques et téléphoniques. — M. Laborde présente un appareil de M. Dussaud, qui a eu l'idée d'utiliser dans le phonographe et le téléphone le côté de la plaque vibrante opposé à l'observateur, de façon à doubler l'action sonore.

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu avec épanchement de sang. — M. Lucas-Championnière présente un blessé guéri dont l'histoire est intéressante à tous les points de vue.

Un homme vigoureux, en arrêtant un aliéné armé d'un revolver, fut frappé à bout portant par une balle de 11 millimètres. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu immédiatement, et vu aussitôt par M. Championnière : le pouls est rapide et irrégulier; menaces continuelles de syncope; agitation, et un peu plus tard, subdelirium.

La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée forte, puis recouverte d'un pansement iodoformé sans être explorée.

Des crachats sanglants sont rendus avec efforts. L'auscultation, le jour de l'entrée, ne fait pas reconnaître la présence d'une nappe sanguine dans le thorax. Mais le lendemain, il existe une matité remontant en arrière, jusque vers la fosse sus-épineuse, un peu moins élevée en avant.

Le blessé, atteint d'une plaie pénétrante de poitrine avec immense épanchement thoracique, fut traité par l'immobilisation absolue, la diète, les évacuants aussitôt qu'il put les supporter.

À l'heure actuelle, il est guéri ou du moins en pleine sécurité. La matité a presque disparu. La radiographie montre que la balle, qui de haut en bas a traversé toute la poitrine, est logée en avant de la 12^e côte.

L'immobilité, la diète ont amené dans ce cas la guérison d'un homme qui semblait voué à une mort assurée.

M. Championnière pense que ce cas mérite d'être présenté, non seulement à cause du succès pour le sujet, mais pour affirmer la règle générale du traitement des plaies de poitrine.

Il rappelle l'observation curieuse, prise en 1891, d'un jeune homme frappé au sommet du poulmon droit par un fleuret brisé. Le blessé fut immobilisé immédiatement dans la salle d'armes où il avait été frappé, et

malgré une plaie des plus graves avec inondation immédiate de la plèvre, guérit admirablement.

M. Championnière fait remarquer que, tandis que de nombreux blessés qui avaient des blessures pulmonaires insignifiantes sont morts rapidement après des transports ou des explorations intempestives, il a eu l'occasion d'observer les cas les plus graves qui ont été suivis de guérison.

Au contraire de ce qui se passe pour les plaies de l'abdomen, pour lesquelles la tendance à l'intervention est de plus en plus marquée, il faut être pour la poitrine extraordinairement réservé. Non seulement il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'immense majorité des cas, mais il faut éviter au patient les moindres mouvements, tels que les déplacements pour pratiquer l'auscultation.

Le traitement des plaies pénétrantes de poitrine peut se résumer ainsi :

Le principal danger est l'hémorragie pulmonaire, contre laquelle on luttera par l'immobilisation absolue du corps, du larynx et de la bouche. On évitera le transport du blessé, qui sera soigné sur place; on lui interdira toute conversation, toute émotion. On lui défendra même de tousser et de cracher.

Le malade ne sera déplacé pour l'auscultation qu'autant que celle-ci sera absolument nécessaire. Il sera maintenu dans la position assise plutôt que dans la position couchée, qui a pour inconvénient d'augmenter l'anxiété respiratoire et la toux.

Un certain nombre de mesures sont encore utiles. Le blessé sera mis à la diète hydrique, et ne prendra que des boissons froides en petite quantité.

Cette diète sera prolongée le plus longtemps possible. L'évacuation intestinale, étant fort utile, sera pratiquée dès que le sujet pourra être soulevé.

Enfin les injections de sérum artificiel à doses modérées (200 à 400 grammes par jour) sont absolument indiquées.

Contre les accidents nerveux, dus à l'irritation des terminaisons nerveuses du pneumogastrique par l'épanchement pleural, on emploiera les injections de morphine.

Les accidents infectieux secondaires sont rares. Ils ne nécessitent pas une intervention préventive. On se contentera donc de désinfecter la plaie, sans la sonder et sans l'explorer, et de la recouvrir d'un pansement antiseptique en pratiquant un léger tamponnement.

Le lavage de la plèvre ne doit jamais être fait; loin d'empêcher la suppuration, il peut au contraire la provoquer.

Enfin la thoracotomie et l'évacuation de l'épanchement sanguin, même après quelques jours, est dangereuse, car elle peut être suivie d'une reproduction rapide de l'épanchement.

Sur l'acide vanadique et les composés vanadiés. — M. François-Franck présente à l'Académie de médecine, au nom de M. Laran, un travail sur les propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques de l'acide vanadique et des sels de vanadium. Dans son travail, M. Laran attire l'attention sur les impuretés des composés vanadiques que l'on trouve dans le commerce, et qui sont probablement la cause des divergences qu'il y a dans les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. M. Laran s'est servi d'acide vanadique chimiquement pur.

Ses expériences ont été faites au Collège de France, au laboratoire de M. Franck, et eu partie en collaboration avec M. Hallion. Après avoir bien étudié les propriétés chimiques et physiologiques de ce corps, M. Laran a cherché à appliquer à l'organisme la merveilleuse propriété que possède l'acide vanadique de transporter l'oxygène d'un corps oxydant à un corps oxydable.

Les recherches physiologiques qu'il a faites avec M. Hallion l'ont conduit à penser que l'action thérapeutique serait favorisée en faisant prendre à l'acide vanadique *in vitro* la forme qu'il doit revêtir dans la circulation. Il a expérimenté sur lui et ses amis une solution faite dans ces conditions et rigoureusement titrée à 45 milligrammes d'acide vanadique par litre. Après avoir constaté qu'il ne se produisait aucun trouble, des essais thérapeutiques ont été faits sur des malades avec une même solution à la dose journalière de 10 centimètres cubes pris en deux fois, ce qui correspond exactement à 45 milligrammes de corps actif. Les médecins qui ont employé cette solution, pas plus que M. Laran, n'ont pu noter aucun trouble; cette dose, quoique très faible, est cependant active et a donné de bons résultats dans les cas de chlorose, anémie et tuberculose.

M. Laran rapporte deux cas intéressants : 1^o celui d'un cobaye tuberculeux qu'il a pu garder vingt-huit mois grâce à ce traitement et chez lequel M. Hallion a pu constater, à l'examen histologique du poulmon, une transformation fibreuse accusée autour des lésions tuberculeuses; 2^o celui d'un jeune homme chez lequel une ostéo-arthrite tuberculeuse ouverte du poignet a guéri rapidement par des applications directes d'acide vanadique, alors que tous les autres traitements avaient échoué.

M. Laran croit que l'acide vanadique et les composés vanadiés peuvent rendre de grands services en thérapeutique, mais à la condition de s'être assuré de la pureté des produits et de la dose exacte qu'on fait prendre aux malades.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

13 Mai 1899.

Sur l'existence possible des voies lymphatiques dans le système nerveux central. — M. G. Guillaud. — Les auteurs classiques décrivent dans les centres nerveux les espaces lymphatiques périvasculaires de His, de Robin, et les espaces péricellulaires de Rossbach et Schwalt. D'Abundo, à la suite d'expériences sur le chien, a pensé qu'il existait chez ce dernier une certaine systématisation des territoires lymphatiques de la moelle. Homen injecte du streptocoque dans le nerf sciatique des lapins et le retrouve dans les voies lymphatiques des nerfs, dans les racines de la moelle et dans la moelle elle-même.

Sur les conseils de M. Pierre Marie nous avons commencé l'étude des voies lymphatiques de la moelle. Nous avons injecté dans le cordon postérieur d'un chien quelques gouttes d'encre de Chine; le chien a vécu cinq jours; nous avons retrouvé dans des coupes en série les granulations d'encre dans le cordon postérieur; quelques-unes sont, vers le canal épendymaire, très élargies; aucune granulation ne se montre dans les cordons antéro-latéraux.

Sur le cadavre de l'homme, nous avons pu injecter le seul cordon postérieur, sur un trajet de plusieurs centimètres, avec la pie-mère d'ailleurs. Dans une autre expérience, nous avons injecté unilatéralement la substance grise sur une longueur de plusieurs centimètres.

Il semble, par ces premières constatations, qu'il y a peut-être dans la moelle des espaces lymphatiques systématisés. On peut objecter que ce sont des espaces internévrogéliques, le tissu conjonctif des centres des anciens histologistes.

Nous espérons donner ultérieurement des résultats plus précis sur cette étude, qui peut avoir une certaine importance pour expliquer des localisations morbides.

Tares des générateurs et terrains favorables à la maladie chez les descendants. — MM. Charria et Guillemonat. Déjà nous avons montré à quel point l'état de santé des générateurs peut influencer le développement des rejetons; nous avons étendu ces recherches à de nouveaux cas qui nous ont permis de les confirmer, plus encore, de les étendre.

Il est fréquent de voir la croissance, chez ces nouveau-nés tard, s'effectuer lentement, irrégulièrement, augmenter chaque jour de 5, de 15 grammes, au lieu de 25 à 40; de plus, la température, par son infériorité, indique la torpidité des échanges nutritifs.

L'organisme fuit le possible pour réparer ces pertes; l'analyse de CO₂ prouve que, chez ces enfants issus de femmes malades, ce corps est parfois excrété en plus grande quantité.

On comprend, pourquoi lorsqu'on analyse les fèces et l'urine, ces nourrissons débiles laissent échapper plus d'azote, plus de carbone; ils n'utilisent qu'une faible partie du combustible mis à leur disposition; en outre, le coefficient azoturique, qui baisse de 0,92 à 0,71, indique que l'élaboration est incomplète.

Ces organismes perdent donc beaucoup, brûlent peu, brûlent mal; l'hypothermie est fatale.

En outre, les oxydations incomplètes, mises en lumière par la faiblesse du coefficient azoturique, livrent des composés toxiques, comme le prouve l'examen des propriétés de l'urine. D'autre part, au contact de ces poisons, les cellules initialement fragiles s'altèrent, ainsi qu'on le reconnaît dans le foie.

On trouve donc réunis l'hypothermie, une inanition relative, un surmenage indéniable, une auto-intoxication, des modifications anatomiques ou fonctionnelles de certains appareils; dans ces conditions l'économie est exposée aux différentes maladies, soit que les cellules détériorées par ces agents évoluent dans un sens pathologique, soit que ces terrains favorisent l'évolution des bactéries.

Traitement du tétanos expérimental par la méthode de Baccelli. — MM. J. Courmont et Doyon (de Lyon). Baccelli a conseillé de traiter le tétanos spontané humain par l'injection journalière, sous la peau, de 3 décigrammes d'acide phénique, jusqu'à guérison. Ascoli a publié une statistique de 33 cas; il y a eu 32 guérisons. Ces résultats surprenants nous ont incités à étudier la question expérimentalement. Nous avons traité par cette méthode des lapins et des cobayes rendus tétaniques par injection de toxines. Nos résultats n'ont pas concorde avec ceux d'Ascoli, peut-être précisément parce que l'acide phénique s'adresse plus au microbe qu'à la toxine.

Le traitement des cobayes et des lapins commencé de suite après l'injection, c'est-à-dire pendant l'incubation, ou seulement après les premières contractures n'a eu aucun effet thérapeutique. Quant à l'immunisation préalable de ces animaux par des injections longtemps poursuivies d'acide phénique, elle a, au contraire, activé la marche du tétanos.

L'acide phénique n'est donc pas anti-toxique de la toxine tétanique. Il n'est ni curateur, ni immunisant du tétanos expérimental.

Le traitement de Baccelli a échoué au laboratoire.

Infection mixte dans un cas de fièvre typhoïde anormale d'emblée. — MM. Macé et G. Étienne (de Nancy). Nous avons observé un cas de fièvre typhoïde

ayant débuté brutalement, sans période prodromique, avec état général immédiatement grave, avec alymnie profonde et dont l'évolution fut traversée par deux éruptions pétiécales, la première, dès le début, laissant place à la poussée des taches rosées classiques, la deuxième au quatrième jour; au quinzième jour survint du melæna, et on constata l'apparition de volumineux bubons ganglionnaires inguinaux. Le malade succomba au vingt-quatrième jour avec les signes d'une perforation intestinale.

A l'autopsie, on trouva les lésions non douteuses de la dothiëntérie, avec perforation intestinale un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale, et péritonite suppurée.

Le pouvoir agglotinant, nul au quatrième jour, est à 30 au neuvième, à 50 au douzième jour.

Dès le quatrième jour de la maladie un centimètre cube de sang, aseptiquement recueilli dans une veine du coude, donna naissance à une multitude de très fines colonies d'un bacille non décrit, dont les principales caractéristiques ont été déterminées.

Arrêt de développement considérable de l'encéphale associé à des malformations médullaires, crâniennes et oculaires. — MM. Sabrazès et Uby (de Bordeaux). Nous avons étudié un chien nouveau-né, microcéphale, quasi-encéphale, porteur d'une malformation médullaire, d'une tumeur angiomateuse endo et épieranienne, d'arrêts de développement de l'œil, défaut de soudure congénitale des paupières supérieure et inférieure, exophthalmos, absence de cristallin, d'iris, de chambre antérieure, de fissure palatine, etc. L'encéphale n'est représenté que par un petit amas d'éléments séreux et névrogiques englobés dans un tissu angiomateux; par contre, tous les nerfs crâniens ou rachidiens sont individualisés; le chien a vécu trente heures; il a tété et marché. Cette monstruosité embryonnaire est due, selon toutes probabilités, à des adhérences de l'amnios au niveau de l'extrémité céphalique. Les hémorragies du corps vitré et l'hydromyélie observées chez ce chien sont des troubles pathologiques d'ordre mécanique postérieurs à la malformation.

Mensuration de l'odorat. — M. Toulouse. Au cours de mes recherches sur la mensuration du sens olfactif dans les maladies nerveuses, je me suis servi du camphre, corps bien défini, soluble dans l'eau et dont on peut facilement titrer les solutions. Par ce procédé, j'ai pu me convaincre que la femme possédait une sensibilité olfactive nettement supérieure à celle de l'homme.

Chromatolyse dans la cicatrisation du tégument externe. — M. Branca fait une communication sur ce sujet et relate les phénomènes de karyokinèse au cours des processus cicatriciels.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

26 Avril 1899.

Posologie de l'exalgine. — M. Bardet. Je crois nécessaire d'appeler l'attention des médecins sur un point de pharmacologie intéressant; je veux parler de la posologie de l'exalgine. J'ai jadis donné avec Dujardin-Beaumez les premières indications sur l'action et l'usage de ce médicament et nous avons été amenés à conseiller des doses trop fortes. Ce n'est point que cette pratique expose à un danger quelconque, mais il est bien évident qu'il est parfaitement inutile de surcharger l'organisme d'une quantité exagérée d'un médicament actif.

C'est surtout Desnos qui a encore augmenté les doses prescrites par nous, allant jusqu'à indiquer des doses de 80 et même 100 centigrammes. Je me suis aperçu que le plus grand nombre des formulaires en sont restés à ces premières indications, ce qui est fâcheux, parce que l'on arrive alors à l'apparition de phénomènes toxiques, tels que cyanose et refroidissement, sans que le malade en éprouve aucun bénéfice.

Or, l'exalgine est essentiellement un médicament analgésique, qui agit dans ce sens à des doses de 5 à 10 centigrammes chez les enfants, et de 15 à 30 centigrammes chez les adultes, pris en deux fois. Ce n'est que dans les névralgies intenses et après insuccès des doses normales que je viens d'indiquer que l'on pourra recourir à des doses plus élevées, soit 40 centigrammes en une seule fois.

De plus, il y a lieu également de rappeler que l'exalgine est un produit insoluble et qu'il est mauvais de le prescrire en potion. J'ai été appelé à donner mon avis au sujet d'un cas de prétendu empoisonnement ayant eu lieu chez une femme à laquelle on avait administré de l'exalgine en potion. L'excipient n'étant pas assez alcoolique, la substance était restée en suspension et on est parti de là pour prétendre que le sujet avait pris en une seule fois une dose toxique. C'était parfaitement faux, attendu que la dose totale était parfaitement incapable de provoquer des accidents, mais il n'en est pas moins vrai que le médecin a été de ce chef victime d'un acte de chantage, comme il s'en produit tant aujourd'hui. Je conseille donc de formuler l'exalgine en pilules ou en cachets, ce qui évitera tout impair dans la formule.

M. Grinon. Les observations de notre collègue sont justes, et pour mon compte j'ai fait les corrections indiquées, lors de la dernière édition de mon formulaire, en

portant les doses usuelles d'exalgine à 10 ou 15 centigrammes, en une fois. Cette dose pourra être répétée trois fois.

P. DESFOSSÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

20 Avril 1899.

A propos du traitement de la morphinomanie. — M. Paul Guillon déplore qu'en l'état actuel de la législation on ne puisse retenir jusqu'à guérison complète dans une maison de santé un morphinomane qui y serait entré volontairement, alors même que par suite des souffrances occasionnées par la privation de morphine il exigerait sa sortie immédiate. Il faudrait que la loi nouvelle permît de mettre le malade à l'abri des défaillances de sa volonté.

M. Lutaud appuie ce vœu et voudrait qu'il y eût une réglementation spéciale pour les morphinomanes et aussi pour les dipsomanes qui désirent être internés pour recevoir des soins.

M. Bérillon prévoit de grandes difficultés provenant de ce que les législateurs voudront plutôt augmenter la liberté individuelle. Il fait remarquer, d'ailleurs, que des morphinomanes donneraient difficilement leur signature dans des conditions semblables.

M. Comar affirme que la période dans laquelle on a à lutter contre la volonté des morphinomanes internés est courte.

Etude sur le rhumatisme arthro-musculaire de la région pharyngée. — M. Monmarçon cite trois observations de cette forme de rhumatisme très douloureux, dans laquelle la muqueuse ne présentait aucune rougeur inflammatoire.

A. DE CRÉSANTIGNES.

PRATIQUE MÉDICALE

Technique du maillot humide dans la broncho-pneumonie des enfants.

Rien que, depuis un certain nombre d'années déjà, on ait commencé, en France, à traiter la broncho-pneumonie des enfants par l'application de compresses d'eau froide, ce moyen n'est pas encore passé dans la pratique courante. Sa technique, telle que M. Gripat (d'Angers) a eu fréquemment l'occasion de l'employer, est pourtant bien simple.

Supposons un enfant de vingt à trente mois, atteint de broncho-pneumonie. On prend un taffetas imperméable bien souple de 75 centimètres de longueur sur 35 de hauteur et une mousseline pliée en 8 doubles, un vieux rideau ou une serviette de toilette spongieuse, ladite compresse ayant les mêmes dimensions que le taffetas; enfin, trois cordons.

L'enfant, déshabillé jusqu'au ventre, est assis sur les genoux d'un aide qui lui tient les bras en l'air.

La compresse, préalablement imbibée d'eau froide, à la température de la chambre, c'est-à-dire à 15°, est posée vivement sur le dos, de la base du cou au bas des reins, puis on enveloppe le tronc de façon à faire un peu plus que le tour du corps. Le taffetas est posé de même par-dessus, croisé également en avant, et les trois galions lient le tout, le premier passant au ras des aisselles.

Puis, l'enfant est entouré de couvertures et gardé dans les bras ou remis au lit.

Les effets immédiats du maillot humide sont fort remarquables. La respiration devient plus ample et moins précipitée; la toux se fait plus facile, plus grasse; la température s'abaisse, les phénomènes d'excitation disparaissent et le sommeil redevient calme.

Le renouvellement du maillot, toujours avec la même façon de procéder, se fait à des intervalles qui varient suivant les cas et surtout suivant l'intensité de la fièvre. Généralement, on remplace les compresses toutes les deux ou trois heures pendant le jour et toutes les quatre heures pendant la nuit, et cela, au moins durant trois ou quatre jours.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 13 Mai. MM. Gallois, 17. — Sergent, 19. — Renault, 19. 15 et 16 Mai (épreuve orale). — MM. Renault, 19. — Gouget, 19. — Plicque, 19. — Teissier, 19. — Legry, 20. — Hudelo, 20. — Sergent, 19.

Prochaine séance mercredi 17 Mai, à 9 h. 1/4, à la Charité.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 12 Mai. — MM. Delbet, 20. — Lannay, 19. — Michon, 13. — Longuet, 15. — Savariand, 17.

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante: MM. Bouilly, Auvard, Bar, Porak, Champounière, Cadet de Gassicourt, Reynier.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Exposition de 1900. — Sont nommés membres de la commission d'hygiène et de physiologie chargés de suivre les concours internationaux d'exercices physiques et de sports à l'Exposition de 1900: MM. Amou-dru, député; Basset, conseiller général de la Seine; Besnier (Ern.), membre de l'Académie de médecine de Paris; Bonnafy, médecin en chef de la marine; Brouardel, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine de Paris, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Chau-teaux, député; Goujon, sénateur; Grall, médecin inspecteur de 2^e classe des colonies; Heiser fils, médecin de l'Association des sociétés de gymnastique du département de la Seine; Labat-Lagrave, médecin des hôpitaux; Labbé, sénateur; Lagrange, membre de la Commission supérieure de l'éducation physique de la jeunesse au ministère de l'Instruction publique; Legludic, sénateur; Le Roy des Barres, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine; Manou-vrier, professeur à l'École d'anthropologie; Marey, membre de l'Institut; Martin (A.-J.), membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation; Millon, ancien vétérinaire militaire; Nass, chef du service médical de la Société française de sauvetage; Navarre, membre du Conseil municipal de Paris, ancien président du Conseil; Piettre, vice-président du Conseil général de la Seine; Pourteyron, député; Pozzi, sénateur, membre de l'Académie de médecine de Paris; Proust, membre de l'Académie de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires; Quintan, député; Raymond-Martin, médecin de l'Association de la presse cycliste; Reverchon, médecin-major du régiment des sapeurs pompiers de Paris; Verdier, médecin de l'Association des sociétés de gymnastique du département de la Seine; Vuillemin, médecin-major de 1^{re} classe.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un arrêté du ministre de l'Instruction publique approuve la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux, instituant un doctorat de cette Université (ordre de la médecine) pour les élèves étrangers.

Ce diplôme est délivré aux étrangers qui ont obtenu l'autorisation de faire leurs études à la Faculté de médecine de Bordeaux avec dispense du grade de bachelier. Il est purement honorifique, ne confère aucun des droits et privilèges attachés au titre de docteur en médecine par les lois et règlements.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés au grade de directeur du service de santé: M. Michel (Alexis-Emile), médecin en chef.

Au grade de médecin en chef: MM. Burot et Breton.

Au grade de médecin principal: MM. Vergos et Arène.

Au grade de médecin de 1^{re} classe: MM. Dumas, Denis et Gomhaud.

Étranger.

— M. Max Singer, professeur extraordinaire de gynécologie à l'Université de Leipzig, est appelé à l'Université de Prague.

— L'Université allemande de Prague se propose d'appeler le professeur Oscar Minkowski à la chaire actuellement vacante de pathologie expérimentale.

— Ainsi que nous l'avions fait prévoir, le Conseil fédéral allemand a aboli les restrictions législatives qui entravaient l'accession des femmes aux études médicales, pharmaceutiques et d'art dentaire.

— Les délégués russes au Congrès contre la tuberculose, qui se tiendra à Berlin du 24 au 27 Mai, viennent d'être désignés. Le professeur S. Botkin y représentera l'Académie militaire de médecine de Saint-Petersbourg; M. Bertenson, la Société russe pour la protection de la santé publique; M^{me} Paroleski, l'Union des médecins de Saint-Petersbourg; le professeur Gutwinkow, l'Université de Varsovie.

BIBLIOGRAPHIE

Le Maguet. — *Le monde médical parisien sous le Grand Roi.* 1 vol. in-8^o Jésus, de 560 pages, avec 6 planches hors texte (A. MALOINE, éditeur).

J. Gauba. — *Cours de minéralogie biologique.* Deuxième série. 1 vol. in-18, de 380 pages. Prix: 4 fr. (A. MALOINE, éditeur).

De Bourgon. — *Les verres isométriques.* 1 vol. in-8^o raisin, de 192 pages, avec 5 planches hors texte et 6 figures. Prix: 5 fr. (A. MALOINE, éditeurs).

E. Macé. — *Atlas de microbiologie.* 1 vol. gr. in-8^o, comprenant 60 planches coloriées en 8 couleurs, avec texte explicatif, cartonné à l'anglaise. Prix: 32 fr. (J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs.)

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARSTRUP, imprimeur, 1, rue Cassette.

CLIN & C^{IE}

SOLUTION de SALICYLATE de SOUDE du D^r CLIN

D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue, d'un goût agréable.
Contient 2 grammes de Salicylate de Soude par cuillerée à soupe.
50 centigr. de Salicylate de Soude par cuillerée à café. 200
Le Meilleur Mode d'administration du Salicylate de Soude.

Solution d'Antipyrine du D^r CLIN

D'un dosage rigoureux, d'une pureté absolue,
Évite aux malades les effets accessoires de l'Antipyrine.
Un gramme d'Antipyrine pure par cuillerée à soupe.
Vingt-cinq centigrammes d'Antipyrine pure par cuillerée à café.
Se vend par flacons et par demi-flacons.

CAPSULES et DRAGÉES au Bromure de Camphre du D^r CLIN

Les Capsules du D^r CLIN renferment 20 mgr. } de Bromure de Camphre pur.
Les Dragées du D^r CLIN — 10 mgr. }
INDICATIONS: Epilepsie, Hystérie, Chorea, Insomnie, Palpitations de cœur,
Erections douloureuses, Spermatorrhée, Erethisme du Système nerveux.
DOSE: De deux à cinq Capsules; de quatre à dix Dragées.

DRAGÉES de Fer Rabuteau

Lauréat de l'Institut. Prix de Thérapeutique.
à base de Protochlorure de Fer chimiquement pur
Facilement solubles dans l'estomac, absorbées à l'état de
Chloro-Albuminate de fer.
Considérées dans les travaux les plus récents comme le
Véritable spécifique de la Chloro-Anémie.
INDICATIONS: Chloro-Anémie, Convalescence, Epuement.
Ne déterminent ni constipation, ni diarrhée.

Sirop et Pâte d'AUBERGIER au Lactucarium

Sédatif, calmant, hypnotique léger, agissant sur l'érethisme nerveux, tout en ne produisant pas les effets accessoires et pénibles de l'opium.
Indispensable dans la médication des Femmes, des Enfants et des sujets impressionnables.
Bronchites légères, Accidents post-grippaux, Rhumes, Insomnies,
DOSE: de 1 à 5 cuillerées à soupe pour les Adultes.
de 1 à 5 cuillerées à café pour les Enfants.

ÉLIXIR DÉRET bi-iodé

Solution vineuse à base d'iode double de Tanin et de Mercure.
Chaque cuillerée correspond à un centigramme de biiodure de mercure.
SYPHILIS — MALADIES CUTANÉES
Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni Diarrhée,
Évite par la façon dont il est présenté les soupçons de l'entourage.
DOSE: De une à deux cuillerées à soupe par jour.

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (Maisons réunies)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE O. BERTHIER

PARIS — 104, Boulevard Saint-Germain — PARIS
(Voir les numéros 5, 14, 22 et 31.)

NOUVEAUTÉS PARUES EN 1899

- Brouardel et Gilbert.** Traité de médecine et de thérapeutique, tome VI, 12 fr.; net. 10 fr. 50
- Le Dentu et Delbet.** Traité de Chirurgie clinique et opératoire, tome VIII, 12 fr.; net. 10 fr. 50
- Mracek.** Atlas manuel des maladies vénériennes, avec planches col., rel., 20 fr.; net. 18 fr.
- Coutance.** Tableaux synoptiques de Pathologie générale, 5 fr.; net. 4 fr. 50
- Glénard.** Les Pitoses viscérales (estomac, intestin, foie, rate), avec grav., 20 fr.; net. 18 fr.
- Morel et Soulié.** Manuel de Technique microscopique, 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Dakhyl.** Physiologie raisonnée, 8 fr.; net. 7 fr.
- Rabaud.** Anatomie élémentaire du corps humain, planches coloriées, découpées et superposées, 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Frenkel.** Les fonctions rénales, 2 fr.; net. 1 fr. 75
- Bard (L.).** La spécificité cellulaire, ses conséquences en biologie générale, 2 fr.; net. 1 fr. 75
- Bloch.** La vaccination préventive de la tuberculose, 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Bouchard et Brissaud.** Traité de médecine, tome II, 2^e édition, 16 fr.; net. 14 fr. 50
- Bouillet.** Traité pratique de la tuberculose pulmonaire, br., 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Brandès.** Traité élémentaire d'histologie pathologique, 1 vol., 3 fr.; net. 4 fr. 50
- Brissaud.** Leçons sur les maladies nerveuses, 2^e série (Hôpital Saint-Antoine), gr. in-8^o br., 15 fr.; net. 13 fr. 50
- Broca.** Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne, 3 fr. 50; net. 3 fr.
- Brocq.** Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, in-8^o cart., 6 fr.; net. 5 fr. 25
- Brouardel.** L'exercice de la médecine et le charlatanisme médical, in-8^o, 12 fr.; net. 10 fr. 50
- Bruu et Morax.** Thérapeutique oculaire, 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Cassat.** Précis d'auscultation et de percussion, in-18, cart., 9 fr.; net. 8 fr.
- Castex.** Maladies du larynx, du nez et des oreilles, cart., 12 fr.; net. 10 fr. 50
- Chuquet.** Hygiène des tuberculeux, 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Collet (Prof.).** Précis de pathologie interne, 2 vol. cart., 15 fr.; net. 13 fr. 50
- Comby.** Traité des maladies de l'enfance, 3^e édition, revue et considérablement augmentée, gr. in-8^o br., 20 fr.; net. 18 fr.
- Congrès de chirurgie,** 12^e session, Paris, 1898, 20 fr. net. 18 fr.
- Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux,** 4^e session 1898, in-8^o, 20 fr.; net. 18 fr.
- Coutance.** Tableaux synoptiques de diagnostic, gr. in-8^o, cart., 1899, 5 fr.; net. 4 fr. 50
- Cruet.** Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Debove et Achard.** Manuel de diagnostic médical, 1 vol. in-8^o, rel., 18 fr.; net. 16 fr.
- Delagenière.** Chirurgie de l'utérus, in-8^o, br., 378 fig., 10 fr.; net. 9 fr.
- Delbet.** Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu, in-8^o, 8 fr.; net. 7 fr.
- Despine et Picot.** Traité pratique des maladies de l'enfance, 6^e édition, 1^{re} partie, gr. in-8^o, br., 16 fr.; net. 14 fr. 50
- La 2^e partie sera remise aussitôt parue.
- Dieuclafay.** Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 2^e série, 1897-1898, gr. in-8^o, br., 1899, 10 fr.; net. 9 fr.
- La 1^{re} série, 1896-1897, gr. in-8^o, br., 1898, 10 fr.; net. 9 fr.
- Drevet.** Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Duclaux.** Traité de microbiologie, tome II. Diastases, toxines et venins; net. 45 fr.
- Feltz.** Guide pour les analyses de bactériologie clinique, 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Fournier.** Traité de la syphilis, fascicule 2, 15 fr.; net. 13 fr. 50
- Gautier.** Formulaire du médecin de campagne, in-18 cart., 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Gilles de la Tourette.** Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux, 4 fr. 50; net. 4 fr. 50
- Guard.** Traitement abortif de la blennorrhagie chez l'homme, br., 5 fr.; net. 4 fr. 50
- Hartelius.** Traitement des maladies par la gymnastique suédoise, Nouvelle édition, 8 fr.; net. 7 fr.
- Hédou.** Précis de physiologie, 2^e édition, 7 fr.; net. 6 fr.
- Jørgensen.** Les microorganismes de la fermentation, Nouvelle édition, 8 fr.; net. 7 fr.
- Laucereaux.** Traité des maladies du foie et du pancréas, 1 vol. in-8^o 1899, 20 fr.; net. 18 fr.
- Le Dantec.** La Sexualité, 2 fr.; net, 1 fr. 75
- Lefert.** Aide-mémoire de pathologie externe, 1 vol., 1899, reliure souple, 10 fr.; net. 9 fr.
- Aide-mémoire de pathologie interne, in-18, 1899, rel. souple, 10 fr.; net. 9 fr.
- Lyon.** Traité élémentaire de clinique thérapeutique, 3^e édition revue et augmentée, gr. in-8^o, 1/2 maroquin amateur, 20 fr.; net. 18 fr.
- Manquat.** Traité de thérapeutique. (Nouvelle édition sous presse.)
- Marfan.** Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants en bas âge, in-8^o, cart., 10 fr.; net. 9 fr.
- Martz.** Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique, 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Maurice de Fleury.** L'âme du criminel, 2 fr. 50; net. 2 fr. 25
- Méric (de).** Dictionnaire anglo-français des termes de médecine, 8 fr.; net. 7 fr.
- Moynac.** Manuel de pathologie générale et de diagnostic, 5^e édition, 1898, 10 fr.; net. 9 fr.
- Ogier.** Traité de chimie toxicologique, 14 fr.; net. 14 fr. 50
- Panas.** Leçons de clinique ophtalmologique professées à l'Hôtel Dieu, 1899, 5 fr.; net. 4 fr. 50
- Panas et Rochon Duvigneaud.** Le glaucome, in-8^o, 7 fr.; net. 6 fr.
- Pinard.** Clinique obstétricale, 14 fr.; net. 12 fr. 50
- Pollosson.** Précis de médecine opératoire (collection Testut), 1 vol., gr. in-18, 1899, avec 144 fig., 6 fr.; net. 5 fr. 25
- Poncet et Delore.** Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, in-8^o, br., 8 fr.; net. 7 fr.
- Poussou.** Précis des maladies des voies urinaires, Cart., 9 fr.; net. 8 fr.
- Proust et Mathieu.** Hygiène des diabétiques, 1899, Cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Rochard.** Chirurgie d'urgence, indications, thérapeutique opératoire, 1899, in-18^o, cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Roger.** Introduction à l'étude de la médecine, in-18, cart., 7 fr.; net. 6 fr.
- Rollet.** Traité d'ophtalmoscopie, 1 vol. in-8^o, 1898, avec 50 photographies en couleur, 9 fr.; net. 8 fr.
- Roux.** Précis de microbiologie et de technique bactérioscopique, 6 fr.; net. 5 fr. 25
- Springer.** Hygiène des albuminuriques, 4 fr.; net. 3 fr. 50
- Terrier et Hartmann.** Chirurgie de l'estomac, in-8^o, 15 fr.; net. 13 fr. 50
- Terrier et Raymond.** Chirurgie du cœur et du péricarde, Cart., 3 fr.; net. 2 fr. 75
- Terrier et Baudouin.** La suture intestinale. Histoire des différents procédés d'entérographie, 15 fr.; net. 13 fr. 50
- Voronoff.** Manuel pratique d'opérations gynécologiques, in-8^o, 7 fr.; net. 6 fr.

Actualités médicales.

- Barbier et Ullman.** La diphtérie, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Gaillard.** La grippe, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Garel.** Le Rhume des foies, 1 fr. 50; net. 4 fr. 25
- Gilles de la Tourette.** Les états neurasthéniques, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Roux.** Psychologie de l'instinct sexuel, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Gilles de la Tourette.** Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Roque.** Les glycosuries non diabétiques, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Beclère.** Les rayons Röntgen et le diagnostic de la tuberculose, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Regnier.** Radioscopie et radiographie cliniques, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Courmont et Doyon.** Les tétanos, 4 fr. 50; net. 4 fr. 25
- Garnot.** Les régénérations d'organes, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Bouffe de St Blaise.** Les auto-intoxications de la grossesse, 4 fr. 50; net. 1 fr. 25
- Terrien.** Thérapeutique oculaire, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARSTREUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

SUR UN CAS DE PSEUDO-LEUCÉMIE SPLÉNIQUE, par M. le professeur G. HAYEM 237

ANALYSES

Médecine expérimentale : Influence des extraits organiques frais et putréfiés sur la toxine tétanique, par M. A. SCHUTZE 230
Chirurgie : Un nouveau procédé de résection du nerf maxillaire supérieur, par M. ALEXANDRE FRANKEL. — Goxa vara traumatique, par M. P. SUDRICK 240
Obstétrique et gynécologie : Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière, par M. CURY. — Traitement des gerçures du mamelon et de la mastite dans les suites de couches, par M. RUBEŠKA.
Rhinologie, otologie, laryngologie : Sur les lésions de l'oreille dans la malaria, par M. FERRERI. — Le hœche chez les souffleurs de verre, par M. LIARAS. — Sur la fonction des cordes vocales supérieures dans la phonation, par M. ZACHARIAS DANOGANY 240

Congrès de Berlin 194

L'enseignement des maladies des pays chauds, par M. P. DESFOSSES 195

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Traitement de la tuberculose testiculaire, M. POTHEBIAT, M. BAZY. — Double kyste hydatique du foie traité par le capitonnage, M. BOUÛÉ. — Traitement des hémorroïdes, M. MONOD, MM. RECLUS, POZZI, TILLAUX. — Rupture du tendon du triceps; suture; guérison, M. POINIER. — Autoplastie pour épithélioma du nez, M. POZZI. — Appareil en celluloid, M. JALAGIER 195
Société médicale des hôpitaux : Malformations cardio-thoraciques par compression intra-utérine, M. E. AUBERT. — Traitement de quelques arétries par la diète hydrique, M. LOUIS RÉNON 196

Société anatomique : Présentation d'appendices, M. ROBERT LIEWY, M. CORNIL. — Volumineuse pyonéphrose; néphrectomie, M. LE PILLATRE, M. CORNIL. — Adénite de l'espace delto-pectoral, M. MORSTIN. — Fibrome de la paroi abdominale, M. MORSTIN. — Tumeur cérébrale, M. MAUGER. — Note complémentaire sur un cas de foyers hémorragiques du foie, M. SACQUÉPÉE. — Sarcome angioplastique, M. DOPFER 196
Société de thérapeutique : Les sanatoriums pour tuberculeux, M. LE GENDRE, MM. BARDET, LE GENDRE 196

Société de pédiatrie : Propagation des bacilles diphtériques dans l'organisme, M. BARBIER. — Urticaire pigmentée, M. JACQUET, MM. COMBY, JACQUET. — Leucémie aiguë, MM. GUINON et JOLLY. — Tubage prolongé, M. AUSSERT 197

Société médico-chirurgicale : Application du spéculum au lit de la malade, M. GROSSIN, MM. BOULOUÏE, GROSSIN, DOLÉRIS. — Une trachéotomie émuovante sans instruments appropriés par un médecin de campagne, M. LONGHOIS, MM. GILLET, DOLÉRIS, BOBERNER, BERTHOD, GROSSIN 197

Société française d'ophtalmologie (session de 1899) (Suite et fin.)
 Communications : Etude expérimentale de la tuber-

culuse des voies lacrymales, M. GORBEIN. — Les tumeurs kystiques (hémiqnes) de la glande lacrymale (Dacryops), M. SOURDILLE. — Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive, M. VIRUSSE. — Cure radicale du lupus palpébral par l'excision de la portion de la peau atteinte et son remplacement par un lambeau dermique, M. DA GOUVIA. — Un cas de glione de la rétine suivi d'innévation sans récidive, M. DESVAUX. — Injections et lavages antiseptiques de la chambre antérieure, M. FAGE. — Spasmes toniques du muscle ciliaire chez l'enfant; valeur de la skiascopie dans l'atropinisme, M. LAGRANGE. — De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte, M. ROHMER. — Fistule congénitale de la coraée, M. A. TESSON. — Sur le traitement du kératocône, M. KALT. — De quelques paralysies combinées des muscles de l'œil; paralysie des mouvements d'élevation et d'abaissement des deux côtés avec intégrité des mouvements de latéralité; paralysie de la convergence, M. TRILLAIN 197

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE-HONGRIE. — Société des médecins de Vienne : Sycois traité par les rayons de Röntgen, MM. SCHIFF et ERUSEP. — Rupture de la vésicule biliaire, M. HUCHENEGG. — Inflammation chronique des corps caverneux du pénis, M. GRUSBERG. — Extirpation de fibromes utérins, M. WERTHEIM 199

ILES BRITANNIQUES. — Société harvéienne de Londres : Extirpation des tumeurs malignes du gros intestin, M. BATTLE. — Paralysie du nerf spinal, M. TILLEY. — Torticolis spasmodique, M. SMITH. — Symphyse cardiaque; calcification du péricarde, M. EWART 199

ITALIE. — Académie royale de médecine de Turin : Un cas d'infection gazeuse chez une accouchée, M. CASARIS DESI. — Le leptothrix dans l'otite chronique et l'ancémie pernicieuse progressive, M. DEMATIS. — Tuberculose du cheval, M. PIERROCCO. — Oblitération de la veine cave inférieure et circulation collatérale par les arzygos, M. CAVALLERI 199

RUSSIE. — Société ophtalmologique de Saint-Petersbourg : De l'emploi de la spermine de Poehl en ophtalmologie, M. YAKOVLEV, MM. MEDVEDIEV, SERGIEV, BELLOVSKY. — Rôle des asphyxies dans les affections oculaires, M. LOBANOV 199

ÉTATS-UNIS. — Association médicale de New-York : Fibro-sarcome du pharynx, M. QUINLAN. — Indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac, M. SYMS. — Ulcère perforant du duodénum, M. ERDMANS 199

RENSEIGNEMENTS

A céder dans de bonnes conditions, matériel (absolument neuf) de salle d'opération. S'adresser aux bureaux du journal ou rue Godot-de-Mauroy, 40, à l'entresol.
Bon poste médical à prendre pour cause de départ à Souk-el-Arba (Tunisie). Traitement fixe 2.400. S'adresser aux bureaux du journal (n° 360).

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Aigue de poltrine)

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHEZ LES ENFANTS. Leçons faites à l'hôpital des Enfants-Malades, par MARFAN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. Brochure in-8°, de 95 pages. Prix : 2 francs (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

LE TORTICOLIS ET SON TRAITEMENT, par le Dr P. REDARD. 1 vol. in-8° carré, de 250 pages, avec 60 figures. Prix : 6 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

PRATIQUE MÉDICALE

La diétine et le traitement de la morphinomanie 200

LIVRES NOUVEAUX

Organothérapie ou opothérapie, par M. HILLEMAND. — Traitement de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge, par M. A.-B. MARFAN 200

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 200

Voir les Nouvelles à la dernière page.

LE CONGRÈS DE BERLIN

Sur l'initiative du « Comité central allemand pour la création d'établissements destinés au traitement des maladies du poumon », un « Congrès international pour la lutte contre la tuberculose, maladie endémique », va se tenir à Berlin du 24 au 27 Mai 1899. Le Gouvernement de l'Empire a invité les Gouvernements étrangers à se faire représenter à ce Congrès.

La France sera représentée par une délégation ayant à sa tête le professeur Brouardel et dont feront partie, au titre des Ministères de l'Intérieur et de l'Instruction publique, nombre de savants et d'hygiénistes, entre autres MM. Grancher, Landouzy, Lannelongue, Metchnikoff, Napias, Nocard, J.-A. Martin, Voisin, Honoré, Spillmann, Pic, Thoinot, Méry, etc., etc., auxquels se joindra une délégation du Conseil municipal de Paris ayant à sa tête le président Lucipia.

Voici le programme des fêtes et réceptions, ainsi que des travaux du Congrès :

Mardi 23 mai, à 8 heures du soir, réception des congressistes à l'Opéra royal.

Mercredi 24, à 11 heures du matin, séance d'ouverture dans la salle des séances du Reichstag. Travaux de la 1^{re} section. Le soir, de 7 à 9, réception à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 25, dans la matinée, travaux de la deuxième section. Dans l'après-midi, travaux de la troisième section. Le soir, représentation théâtrale.

Vendredi 26, dans la matinée, travaux de la quatrième section. Dans l'après-midi, visite au choix dans les sanatoriums de Malchow et Blankenfeld,

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

S^T-LÉGER Toni-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

L'OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
SIROP FRAISSE
 OXYHÉMOGLOBINE GLYCÉROPHOSPHATÉE

VER SOLITAIRE
 Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
 A l'Extrait vert étheré des Rhizomes frais de l'ongère mâle des Vosges.
 Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

de Grabowsee (Croix Rouge), de Belzig. Le soir, concert-promenade au Parc de l'Exposition.

Samedi 27, dans la matinée, travaux de la cinquième section. Le soir, à 7 heures, banquet au Jardin zoologique.

Les rapports suivants seront présentés à la discussion des membres du Congrès.

1^{re} section : Propagation de la tuberculose. — Présidents de section : M. KÖHLER (Berlin) et M. KRIEGER (Strasbourg).

1. Considérations générales sur la propagation de la tuberculose et sur son importance comme maladie endémique. Rapporteur : M. KÖHLER (Berlin).

2. Rapport entre les conditions extérieures de la vie et la propagation de la tuberculose. Rapporteur : M. KRIEGER (Strasbourg).

3. Propagation de la tuberculose parmi les personnes assurées. Rapporteur : M. GERHARDT (Lübeck).

4. La tuberculose dans l'armée. Rapporteur : M. SCHERNING (Berlin).

5. La tuberculose des animaux domestiques et ses rapports avec la propagation de la maladie chez l'homme. Rapporteur : M. BOLLINGER (Munich).

2^e section : Etiologie. — Présidents de section : MM. R. KOCH (Berlin) et B. FRANKEL (Berlin).

1. Le bacille de la tuberculose et ses rapports avec la tuberculose. Rapporteur : M. FLÜGGE (Breslau).

2. Des différents modes de propagation. Rapporteur : M. C. FRANKEL (Halle).

3. Infections mixtes. Rapporteur : M. PREIFFER (Berlin).

4. Hérité, immunité et prédisposition. Rapporteur : M. LÖFFLER (Greifswald).

3^e section : Prophylaxie. — Présidents de section : MM. GERHARDT (Berlin) et SCHERNING (Berlin).

1. Mesures générales pour la prophylaxie de la tuberculose. Rapporteur : M. ROTU (Potsdam).

2. Prophylaxie de la tuberculose dans l'enfance. Rapporteur : M. HEUBNER (Berlin).

3. Mariage. Rapporteur : M. KIRCHNER (Berlin).

4. Chambres de travail et d'habitation. Relations. Rapporteur : M. RUBNER (Berlin).

5. Hôpitaux. Rapporteur : M. VON LEUBE (Wurzburg).

6. Alimentation. Rapporteur : M. VIRCHOW (Berlin).

4^e section : Thérapeutique. — Présidents de section : MM. VON ZIEMSEN (Munich) et VON SCHROETTER (Vienne).

1. Curabilité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteur : M. CURSCHMANN (Leipzig).

2. Traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire, y compris l'inhalation. Rapporteur : M. ROBERT (Rostock).

3. Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine et des remèdes analogues. Rapporteur : M. BRIEGER (Berlin).

4. Traitement climatérique, y compris les cures à la mer, dans les forêts. Rapporteur : Sir HERMANN WEBER (Londres).

5. Traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire et traitement dans les établissements. Rapporteur : M. DETTWILER (Falkenstein).

5^e section : Question des établissements pour le traitement. — Présidents de section : M. GOEBEL (Berlin) et DETTWILER (Falkenstein).

1. Développement des entreprises de ces établissements. Rapporteur : M. VON LEYDEN (Berlin).

2. Questions financières et juridiques touchant ces entreprises. Rapporteur : M. MEYER (Berlin).

3. Coopération des caisses de secours mutuels et de leurs médecins à l'administration de ces établissements. Rapporteur : M. FRIEDBERG (Berlin).

4. Entretien des bâtiments de ces établissements. Rapporteur : M. SCHMIDEN (Berlin).

5. Installation et fonctionnement d'établissements de ce genre. Résultats du traitement. Rapporteur : M. WERNER (Berlin).

6. Secours aux familles des malades et à ceux qui quittent les établissements. Rapporteur : M. PANNWITZ (Berlin).

L'ENSEIGNEMENT

DES

MALADIES DES PAYS CHAUDS

A notre époque d'expansion coloniale, où les peuples d'Europe se partagent le monde nouveau et s'adjugent sur les peuplades d'Afrique et d'Asie les droits souverains de domination et de tutelle, la Médecine est appelée à jouer, dans l'œuvre de civilisation, un rôle de plus en plus grand. C'est à elle qu'est dévolue la défense des populations ignorantes contre les fléaux qui les déciment trop souvent et la fonction d'arrêter ou d'empêcher la propagation à l'Europe des maladies épidémiques et contagieuses; c'est elle qui doit donner aux nouveaux colons les notions d'hygiène indispensables à leur acclimatement. Mais, pour que le médecin puisse remplir avec efficacité cette tâche difficile, il faut qu'à son arrivée dans les colonies il possède déjà une connaissance aussi complète que possible des maladies des pays chauds et de l'hygiène coloniale.

En France, on peut dire qu'il n'existe pas d'enseignement des Maladies des pays chauds, si l'on excepte la chaire de pathologie exotique de l'Ecole d'application de médecine navale de Toulon, et la chaire des maladies des pays chauds dont on a doté, en 1889, l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger.

La Belgique, qui ne possède que depuis peu des intérêts coloniaux, n'a cependant pas hésité à fonder à Liège une chaire de pathologie exotique. L'Allemagne récemment imitait cet exemple.

A l'Angleterre revient l'honneur d'avoir fondé la première un véritable enseignement de la pathologie exotique basé à la fois sur les leçons théoriques, sur les travaux de laboratoire et sur les données de la clinique.

Sous le nom de « The Liverpool School of tropical diseases », il vient d'être créé à Liverpool une école où on se propose de donner un enseignement aussi complet que possible des maladies exotiques.

Cet enseignement est destiné surtout aux médecins de tous pays qui se destinent à la navigation ou à l'exercice dans les pays tropicaux; mais on réserve également une participation à l'enseignement, aux démissionnaires, colons, infirmiers, s'apprêtant à aller sous les tropiques. Les vétérinaires pourront aussi y être initiés à la connaissance des parasites tropicaux des animaux.

Les raisons qui ont fait porter le choix sur Liverpool comme siège de l'Ecole de pathologie exotique, sont les nombreuses facilités qu'offre ce port pour l'étude des maladies tropicales, en raison de ses communications fréquentes avec l'Afrique, l'Orient et l'Amérique du Sud.

L'Ecole des maladies tropicales comprend un amphithéâtre pour les leçons, des salles d'hôpital, des laboratoires.

L'enseignement clinique est donné au « Royal Southern Hospital », dans un quartier spécial « Tropical Ward » affecté aux maladies exotiques.

Le « Royal Southern Hospital » est situé près des docks et reçoit un grand nombre de malades atteints d'affections tropicales. Au « Tropical Ward » est annexé un laboratoire clinique où les élèves, qui viennent d'examiner les malades, ont toutes facilités pour pratiquer les analyses de sang, d'urine, de fèces et y rechercher particulièrement la présence de parasites animaux.

Les cours théoriques sont faits deux fois par semaine à l'amphithéâtre de médecine de l'University College par le chargé de cours des affections tropicales. Les leçons préliminaires sont consacrées à la pathologie exotique en général, les différences entre les maladies des pays chauds et les maladies des pays tempérés, la prédominance sous les tropiques du parasitisme animal. On passe ensuite en revue : le parasitisme en général (classification des parasites animaux et végétaux, lois de leur existence, etc.), le parasitisme en particulier, étude de tous les parasites tropicaux animaux et végétaux.

Les travaux de laboratoire ont lieu aux « Thompson Yates Laboratories », laboratoires parfaitement aménagés pour l'étude de la bactériologie, de la parasitologie, de l'anatomie pathologique, de la zoologie et de la chimie pathologique.

Ces laboratoires sont ouverts journellement aux

élèves de l'Ecole tropicale, pour les travaux pratiques. Un cours y est professé trois fois par semaine.

Un musée de pathologie est à la disposition constante des étudiants; il contient environ 3.000 spécimens, parmi lesquels de nombreux numéros sont consacrés à la malaria et à la bilharzia.

Une bibliothèque fournit aux étudiants les traités spéciaux consacrés aux affections tropicales.

Les cours se font à trois époques, session de printemps, session d'été, et session d'automne. Les cours durent trois mois et comprennent aussi bien l'enseignement clinique que l'enseignement de laboratoire.

A la fin du cours, un examen est passé, et un diplôme est accordé à ceux des élèves qui ont subi avec succès cet examen.

Peuvent prendre part aux cours les médecins diplômés de tous les pays et tous les étudiants de cinquième année. Pour les autres personnes, une autorisation spéciale est nécessaire.

Le prix du cours pour trois mois est fixé à 10 guinées (265 francs). Les demandes d'admission au cours doivent être adressées à M. le professeur Boyce, University College, Liverpool, qui envoie sur demande le programme du cours et tous renseignements demandés.

Souhaitons de voir cet exemple donné par l'Angleterre suivi bientôt par ceux qui président aux destinées de notre enseignement supérieur. C'est à un Français que la science est redevable de la découverte de l'agent du paludisme, la maladie la plus répandue des tropiques; c'est à un Français que l'on doit la découverte du bacille et du vaccin de la peste; se pourrait-il que ce soit en Angleterre que nos médecins des colonies et nos médecins sanitaires fussent contraints de puiser cet indispensable enseignement des Maladies des pays chauds que la France jusqu'ici leur refuse?

P. DESFOSSÉS.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

17 Mai 1899.

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Potherat. Dans tous les cas de tuberculose unilatérale que j'ai opérés par la castration, j'ai vu survenir la récurrence du côté opposé. On pourra m'objecter que je suis tombé sur une série malheureuse. Je dois ajouter cependant que j'ai vu d'autres malades opérés par d'autres chirurgiens, et qui ont eu, eux aussi, une récurrence du côté opposé, après un intervalle plus ou moins long, mais le plus souvent très court. La castration unilatérale, même précoce, ne met donc pas à l'abri de la récurrence.

On peut dire que la castration seule a été faite dans ces cas, et qu'il faudrait enlever plus que le testicule. Mais alors la castration devrait s'accompagner de l'ablation des canaux déférents, des deux vésicules et de la prostate.

En outre, l'idée de la propagation ascendante de la tuberculose du testicule à la prostate ne me paraît pas démontrée, et on peut tout aussi bien dire le contraire.

De plus, je ne crois pas que la castration précoce ait une influence quelconque sur la régression des lésions prostatiques ou même sur leur arrêt de développement.

Au point de vue moral, enfin, je pense que la castration est une opération peu recommandable.

En résumé, je suis pour l'ablation des noyaux localisés avant la supputation si possible, et je fais cette ablation au bistouri, cherchant la réunion par première intention. Le traitement général sera toujours institué.

M. Bazy. A l'appui de cette discussion, je vous présente un malade qui a été castré unilatéralement et récemment, et qui récidive du côté opposé.

Double kyste hydatique du foie traité par le capitonnage. — M. Bouglé présente un cas de kyste hydatique double du foie qu'il a traité par le procédé de M. Delbet. Les deux kystes ont été incisés, évacués du liquide d'abord, puis de la membrane mère; ensuite, le capitonnage de la poche a été fait au catgut fort. La guérison est survenue sans aucune complication.

Traitement des hémorroïdes. — M. Monod. Depuis 1892, je traite les hémorroïdes par l'excision au bistouri, et je suis un procédé différent de celui de Whitehead. Voici d'ailleurs comment je procède et comment je prépare le malade.

Je donne deux purgatifs successifs; pas de lavement d'habitude. Anesthésie chloroformique. Dilatation avec le spéculum de Trélat. Puis je saisis un à un les bour-

relets hémorroïdaires et je place un clamp sur chacun d'eux : ce clamp est placé bien parallèlement à l'axe du rectum et en le faisant monter aussi haut que possible dans la cavité rectale. On sectionne au-devant du clamp tout le paquet hémorroïdaire qui dépasse, et on suture ensuite en faisant une hémostase soignée.

J'attire l'attention sur ce point, que je résèque les paquets hémorroïdaires seulement, sans la muqueuse, et que ma ligne de section se trouve parallèle à l'axe de l'intestin, d'où l'absence de sutures cutané-muqueuses.

Les résultats obtenus sont toujours parfaits.

M. Reclus. Le procédé de M. Monod ressemble beaucoup à celui que j'emploie et que j'ai décrit, lorsqu'il y a plusieurs années, M. Delorme est venu nous décrire le procédé de Whithead.

J'emploie la cocaïne, que je considère comme l'anesthésique le meilleur en cette opération.

Je dilate avec le spéculum de Trélat, excepté lorsque le paquet hémorroïdaire est au dehors. Puis, avec des pinces de Kocher, je tire les paquets hémorroïdaires et je jaloone de pinces de Kocher la muqueuse saine, et j'enlève tout ce qui dépasse. J'enlève les hémorroïdes seules, en respectant le plus de muqueuse possible. Tout d'abord, j'enlève tout un côté. S'il y a un peu de saignement sanguin, je fais des points profonds au catgut. En tous cas, je suture.

Je passe ensuite à l'autre moitié.

M. Monod laisse les hémorroïdes externes : pour une fois, je les enlève et je réunis enfin au catgut.

Le pansement consiste en l'application d'un gros tube enroulé de gaze enduite de pomade polyantiseptique à l'orthoforme.

Jusqu'à présent, les résultats que j'ai obtenus sont restés parfaits.

M. Pozzi. Je ne suis pas de l'avis de mes collègues sur l'utilité de l'efficacité de l'excision des paquets hémorroïdaires. Me rappelant le nombre de malades que j'ai suivis autrefois, je redoute l'excision de la muqueuse, opération toujours délicate, souvent difficile et pouvant donner lieu à des rétrécissements, d'autant mieux que l'asepsie de la plaie opératoire est difficile à obtenir. Pour ma part, je pratique l'ignipuncture depuis plus de vingt ans, en procédant de la façon suivante : après dilatation, tous les paquets hémorroïdaires sont mis au dehors et alors, les ayant sous les yeux, je les larde, en quelque sorte, avec la pointe du thermocautère. Au niveau de chacun d'eux, je fais une pointe de feu profonde, destinée à produire un tissu profond de sclérose, sans rétraction de la muqueuse, et par suite, sans formation ultérieure de rétrécissement.

Les résultats que j'ai obtenus sont excellents et j'ajoute que j'ai eu souvent à traiter des paquets hémorroïdaires très volumineux, turgescents, occupant tout le pourtour de l'anus et pour lesquels l'excision eût été bien difficile.

M. Tillaux. J'emploie exactement le même procédé que M. Pozzi, depuis trente-cinq ou quarante ans, et je n'ai jamais eu devoir l'abandonner pour un autre, tant les résultats que j'obtiens sont excellents. Dolbeau cauterisait aussi les hémorroïdes, mais, avec le cautère actuel, car le thermocautère n'existait pas ; de plus, il ne pénétrait pas profondément. Mais somme toute, le procédé que j'emploie n'est qu'un dérivé du procédé de Dolbeau, un perfectionnement dû surtout à l'invention du thermocautère.

Rupture du tendon du triceps ; suture ; guérison. — **M. Poirier** présente un malade auquel il a suturé, avec un succès complet, le tendon du triceps, rupturé dans une chute.

Autoplastie pour épithélioma du nez. — **M. Pozzi** présente une malade à laquelle il a extirpé un épithélioma du nez. Pour réparer la brèche cutanée, il a pris un lambeau frontal qu'il a retourné et fixé sur la surface d'avivement. Le résultat est excellent.

Appareils en celluloid. — **M. Jalaguier** présente des appareils prothétiques en celluloid, envoyés par M. Galot (de Berck).

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

19 Mai 1899.

Malformations cardio-thoraciques par compression intra-utérine. — **M. E. Apert.** Je présente à la Société un homme de vingt-quatre ans, porteur de malformations congénitales remarquables. Le thorax offre, au niveau des hypocondres, deux excavations en forme d'entonnoir, de 6 à 8 centimètres de diamètre sur 2 à 3 de profondeur. Le sternum fait saillie entre les deux dépressions ; il est, en outre, bizarrement contourné sur lui-même, et son bord gauche est devenu antérieur. Au niveau de ces dépressions, les côtes n'ont ni fractures ni luxations ; elles décrivent une courbe à concavité postérieure au lieu de leur convexité normale. Ces malformations ne ressemblent en aucune façon à du rachitisme. Elles datent de la vie intra-utérine et s'accompagnent d'une malformation cardiaque que caractérise un gros souffle de rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Ces malformations ne me semblent pouvoir être attribuées qu'à une compression subie dans l'utérus par le

fœtus en raison de l'insuffisance de liquide amniotique. Des malformations analogues ont été signalées chez des nouveau-nés, par MM. Budin (empreinte d'un pied sur le thorax), Oslander (empreinte du menton et des extrémités sur le thorax), et par moi-même (empreinte d'un avant-bras, *Société anatomique*, 1895). On a pu, dans ces faits, vérifier la petite quantité du liquide amniotique lors de l'accouchement.

Ce renseignement manque dans notre cas, mais notre malade sait qu'il est né à sept mois de vie intra-utérine, et qu'il est né avec ces malformations. Les excavations correspondent absolument par leur localisation et leur forme à l'empreinte des coudes sur le thorax.

La malformation cardiaque semble plus difficile à expliquer. Néanmoins, dans le cas d'Oslander, il existait une malformation viscérale bien autrement grave : l'absence du rein gauche, avec synostose des dernières fausses côtes au niveau d'un des points comprimés. Je pense donc que, dans le cas actuel, la malformation cardiaque reconnaît la même pathogénie que les malformations thoraciques.

Traitement de quelques urémies par la diète hydrique. — **M. Louis Rénon.** Au cours de l'urémie lente ou de l'urémie aiguë, il n'est point exceptionnel de voir les malades mal supporter le régime lacté. Les accidents urémiques persistent malgré le lait, et je dirais même, à cause du lait qui devient un poison tout comme dans l'entéro-colite aiguë toxique, et probablement pour les mêmes raisons.

Dans quelques albuminuries dyspeptiques, M. A. Robin a déjà constaté que le lait est l'aliment le plus mal toléré, puisqu'il donne le maximum d'albumine ; les légumes et les féculents en produisent beaucoup moins et sont incomparablement mieux supportés. L'analogie avec la genèse alimentaire des accidents toxiques de l'entéro-colite persiste encore.

Il faut, de toute nécessité, s'adresser à une autre médication que le régime lacté exclusif.

M. A. Mathieu a émis la possibilité de l'alimentation par l'eau, au cours de l'urémie gastrique chronique et je sais que, depuis plus d'un an, M. Bar traite par la diète hydrique toutes les femmes atteintes d'albuminurie gravidique et d'éclampsie ; l'eau et la saignée sont les seules médications qu'il emploie, et il en a obtenu de bons résultats.

Je pense, en effet, que chez les urémiques qui ne supportent pas le lait, et chez qui le lait aggrave les accidents, on doit tout d'abord s'adresser à la diète hydrique, puis aux féculents et aux farineux, ensuite au lait, et enfin à l'alimentation mixte quand tout danger aura disparu ; je pense en un mot que ces malades doivent être absolument traités comme les malades atteints d'entéro-colite aiguë toxique grave, et chez lesquels l'usage de l'eau et des féculents doit précéder l'alimentation lactée.

J'ai eu l'occasion d'appliquer cinq fois cette médication depuis quelques mois.

Au bout de trois à quatre jours de diète hydrique, les accidents urémiques (dyspnée, vomissements, diarrhée) disparaissent. On donne ensuite pendant quelques jours des féculents, de l'eau de riz, du bouillon de légumes sans viande, pour ne recommencer que progressivement l'usage du lait. J'ai vu trois fois le taux de l'albumine descendre à 0 pendant le régime aqueux ; je l'ai vu, dans un cas, descendre à 15 et 20 centigrammes avec les farineux et à 0 avec l'eau, tandis qu'il remontait à 60 et 80 centigrammes avec le lait. Le taux de l'albumine se maintenait presque toujours moins élevé avec le régime des féculents et des farineux qu'avec le lait.

Ces faits me semblent très encourageants pour traiter les urémies qui ne cèdent pas au régime lacté. La diète hydrique ne doit être qu'une médication d'attente, temporaire pendant deux, trois ou quatre jours, comme dans l'entéro-colite aiguë toxique. Elle permet de gagner un temps précieux, et vient parfois à bout d'une situation qui semblait véritablement inextricable.

(A suivre).

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

19 Mai 1899.

Présentation d'appendices. — **M. Robert Lowy** montre les pièces de deux cas d'appendicite, dans lesquels les phénomènes généraux furent si peu accentués que les malades, qui d'ailleurs n'avaient aucun passé abdominal, vinrent à pied à l'hôpital.

Le premier malade présentait, à l'opération, un appendice fixé au milieu d'adhérences tellement dures, presque pierreuses, qu'on dut les laisser en place.

Le second malade fut opéré dès son entrée par M. Poirier : l'appendice offrait déjà des lésions considérables, une poche énorme remplie de pus à sa partie moyenne, poche constituée par l'appendice dilaté à ce niveau et très épais. Deux concrétions calculeuses oblitèrent le canal appendiculaire au-dessus de la poche.

M. Cornil fait remarquer que la surface interne de cette poche a l'aspect de certaines dilatations bronchiques. Généralement les poches appendiculaires ont une paroi amincie ; ici, au contraire, la paroi est très augmentée d'épaisseur.

Volumeuse pyonéphrose ; néphrectomie. — **M. Le Filiâtre** apporte une grosse tumeur rénale de 3 kilog. 200, qu'il a enlevée par néphrectomie. Il s'agit d'une pyonéphrose infectée à l'occasion d'une grippe, chez un homme de soixante et un ans qui pesait 127 kilogrammes.

Un phénomène clinique avait permis de penser que l'autre rein était sain : quand le malade était debout, l'urine émise était claire ; couché, il tendait de l'urine purulente. Il est probable que l'uretère se couvait dans la station debout et que l'émission du pus était ainsi interrompue.

M. Cornil fait remarquer les fausses membranes et l'infiltration calcaire qui tapissent la paroi de ces poches rénales ; ces aspects sont fréquents dans les cystites chroniques.

Adénite de l'espace delto-pectoral. — **M. Morestin** a observé un cas d'adénite aiguë au niveau de l'espace delto-pectoral. La porte d'entrée de l'infection était au niveau de la main.

La dissection d'un grand nombre de cadavres montre qu'il existe parfois un ganglion lymphatique dans cette région anatomique.

Fibrome de la paroi abdominale. — **M. Morestin**, à l'occasion de l'extirpation d'un petit fibrome de la paroi abdominale chez une femme de vingt-six ans, a recherché les relations que cette tumeur aurait pu contracter avec le ligament rond, une récente théorie faisant de ce ligament le point de départ des fibromes de cette région dans la paroi abdominale. Il n'a pas vu de relation entre le ligament et la tumeur.

Tumeur cérébrale. — **M. Mauger** présente une tumeur de la région motrice de l'hémisphère gauche, trouvée à l'autopsie d'une femme qui avait présenté de l'hémiplégie droite et de l'aphasie.

Note complémentaire sur un cas de foyers hémorragiques du foie. — **M. Sacquépée** montre des coupes de foyers hémorragiques du foie qu'il a présentés dans une séance antérieure. Il ne s'agit pas d'angiomes, car on ne trouve pas de cloisons conjonctives tapissées d'un endothélium, mais on peut dire qu'il y a tenacité à l'organisation des caillots.

Sarcome angioplastique. — **M. Dopfer** présente des préparations de noyaux néoplasiques du foie trouvés à l'autopsie d'un homme qui a succombé cachectique après l'ablation d'une tumeur primitive du testicule. Il s'agit de sarcome angioplastique.

V. GARRON.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

10 Mai 1899.

Les sanatoriums pour tuberculeux. — **M. Le Gendre.** On a prétendu que les tuberculeux ne retireraient aucun bénéfice du séjour hivernal sur le littoral méditerranéen, et, partant de là, on a préconisé, comme traitement par excellence de la tuberculose, le séjour dans les vastes sanatoriums d'altitude dont s'enorgueillissent la Suisse et l'Allemagne. Il faut nous demander à la Société de thérapeutique : « Y a-t-il avantage ou non, pour les tuberculeux, à être soignés dans des établissements fermés où ils seront soumis à une surveillance médicale continue? »

Personne ne conteste aujourd'hui que le traitement de la tuberculose pulmonaire repose essentiellement sur l'hygiène ; aucun médicament ne dispense de la triple cure d'air, de repos, d'alimentation. Les phisiques peuvent-ils faire cette cure ailleurs que dans un sanatorium?

Pour mon compte personnel je me prononce très nettement en faveur du sanatorium : pour une foule de malades, c'est là et là seulement que le traitement pourra être conduit au mieux des intérêts des malades ; les avantages sont indéniables pour les indisciplinés qui ne peuvent se résigner à observer d'eux-mêmes, chaque jour, les méticuleuses recommandations du médecin, pour les riches qui ne savent pas résister aux entraînements des plaisirs dans leur milieu habituel, pour les gens de fortune modeste qui ne sauraient rencontrer ailleurs qu'un sanatorium l'installation matérielle indispensable, pour les découragés qui ont besoin d'être, à toute heure du jour, sous la tutelle morale du médecin, etc.

Enfin, le sanatorium montre aux tuberculeux comment on doit se soigner, de sorte qu'un simple séjour dans le milieu du sanatorium exerce sur les malades intelligents une influence très favorable, en leur permettant de continuer la cure dans les meilleures conditions.

Ces avantages du sanatorium sont évidemment indépendants du climat et de l'altitude : ils sont réalisables partout. Mais il ne constituent pas tout ce qui est nécessaire à la guérison de la tuberculose, et, dans chaque cas particulier, le médecin doit rechercher quel climat, quelle altitude conviennent à la forme de la maladie.

Cela posé, est-il préférable de voir se multiplier en France les « grands ou les petits sanatoriums? » Ce sont les petits sanatoriums dont il faut encourager la création ; plusieurs tentatives ont été faites dans ce sens (sanatoriums de Sabourin à Durtol, de Crouzet, près de Pau, de Leriche à Meung, de Malibran à Gorlio, etc.). Mais le mouvement se dessine trop lentement ; aussi nombre de tuberculeux se rendent dans les grands sanatoriums

d'Allemagne et de Suisse. Nous devons encourager ceux de nos confrères qui se sentent l'aptitude de créer des petits sanatoriums à le faire le plus vite possible, et, d'autre part, exhorter les autres praticiens à les soutenir en leur enfant, aussitôt que possible, ceux de leurs malades qui peuvent bénéficier de la cure. Ces malades, une fois disciplinés et améliorés, reviendront avec de bonnes habitudes et pourront continuer en famille, sous la tutelle du médecin, la cure au bout de laquelle se trouve le plus souvent la guérison.

M. Bardet. M. Le Gendre fait des conditions climatériques une question accessoire dans le rôle des sanatoriums. Je sais que c'est la tendance des médecins qui veulent voir uniquement dans ces établissements des maisons de discipline et de régime. Je ne saurais accepter cette opinion. Un sanatorium est défini par un ensemble de conditions, les unes physiques, les autres hygiéniques ou même purement morales; on ne peut rien enlever à cet ensemble sans détruire la véritable notion du sanatorium que je définis : un milieu hygiénique où tout concourt à mettre l'individu en situation physiologique favorable.

Or, le climat joue un rôle physiologique éminent dans l'institution d'un milieu favorable et je ne puis admettre qu'on néglige cet important facteur. Le sanatorium doit, pour remplir complètement son but, être installé dans une région favorable, et, suivant les cas, le climat tempéré ou chaud, sec ou humide, en altitude ou en vallée, sur le littoral ou en plaine, aura son indication.

Assurément des fondations sanitaires pourront rendre des services dans les villes ou autour des villes; la discipline y fournira ce qu'elle peut donner à elle seule; mais il n'y a pas de doute pour moi qu'à installation et organisation égales, le sanatorium construit en région climatérique favorable donnera des résultats thérapeutiques infiniment supérieurs à ceux fournis par une maison de santé où la discipline et l'hygiène thérapeutique seront les facteurs uniques du traitement. En un mot, j'ai toujours soutenu qu'il était impossible de séparer le sanatorium de la climatothérapie, car ces deux facteurs devraient être toujours réunis.

M. Le Gendre. La discussion actuellement ouverte devant la Société de thérapeutique doit, non pas embrasser tous les points concernant le traitement hygiénique de la tuberculose, mais uniquement celui-ci : y a-t-il avantage pour un tuberculeux, toutes choses égales d'ailleurs, à se soigner dans un sanatorium ou, au contraire, à faire chez lui la cure d'air et de repos? Je suis convaincu que, pour la grande majorité des tuberculeux, le sanatorium est extrêmement utile, et que ces malades ne peuvent être dispensés d'une surveillance médicale continue, réalisable seulement dans un établissement fermé.

P. DESFOSSÉS.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

9 Mai 1899.

Propagation des bacilles diphtériques dans l'organisme. — M. Barbier cite un nouveau cas de propagation des bacilles diphtériques dans l'organisme analogue à ceux qu'il a déjà communiqués à plusieurs reprises à la Société médicale des hôpitaux.

Il s'agit cette fois d'une fillette qui fut traitée pour une diphtérie associée dont elle guérit. Trois semaines après sa guérison, elle présenta, à deux reprises, des fausses membranes au niveau de la bouche, lesquelles fausses membranes disparurent sous l'influence de nouvelles injections de sérum et furent précédées chaque fois du syndrome de l'intoxication diphtérique (aphatie, abattement, accélération du pouls, etc.).

M. Barbier estime que la chute de la fausse membrane n'équivaut pas à la guérison lorsque les phénomènes d'intoxication diphtérique, témoignants de la pénétration des bacilles diphtériques dans les organes, ne disparaissent pas en même temps.

Urticaire pigmentée. — M. Jacquet montre un garçon d'une dizaine d'années présentant une dermatose connue sous le nom d'urticaire pigmentée.

Comme dans tous les cas de ce genre — ils sont au nombre de vingt chez les enfants — l'affection a débuté peu de temps après la naissance sans qu'on pût lui assigner une étiologie précise. Mais en interrogeant la mère, qui est nerveuse, obèse et un peu alcoolique, M. Jacquet apprit que, dès les premiers jours de la grossesse, elle a eu des gastralgies violentes qui furent traitées par la morphine et la cocaïne. Or, ces deux substances sont des poisons urticariens au premier chef, de cette manière il est possible d'attribuer l'urticaire pigmentée de l'enfant à une intoxication d'origine intra-utérine.

On pourrait s'étonner de voir un poison agir à si longue distance. Mais M. Jacquet cite son propre exemple, quand, après avoir mangé de la langouste, il a eu pendant dix mois de l'urticaire chronique. Le poison a été certainement éliminé depuis longtemps, mais ce qui a persisté, c'était l'ébranlement nerveux qu'il avait provoqué.

M. Comby pense que l'enfant présenté par M. Jacquet a simplement de l'urticaire avec pigmentation, tenant à une intoxication d'origine intestinale.

M. Jacquet soutient qu'aucune confusion n'est pos-

sible entre l'urticaire pigmentée que présente l'enfant, et l'urticaire avec pigmentation invoquée par M. Comby.

Leucémie aiguë. — MM. Guinon et Jolly communiquent un cas de leucémie aiguë qu'ils ont observé chez une fille de seize ans d'aspect infantile.

L'affection avait débuté chez elle sous forme d'une chlorose fébrile avec faiblesse, céphalée, anorexie, vomissements, etc. Lorsque, trente-cinq jours plus tard, la malade entra à l'hôpital, on trouva chez elle une anémie profonde, une respiration accélérée, une rate un peu augmentée de volume. Pas de fièvre. L'examen de l'urine montra la présence d'une grande quantité d'acide urique.

Le lendemain, il se produisit une éruption de pétéchies en même temps qu'il survint des épistaxis et une gingivite hémorragique. L'état de la malade s'aggrava rapidement et la malade succomba cinq jours après son entrée.

Le diagnostic de leucémie aiguë a été établi dans ce cas d'après les résultats de l'examen du sang fait pendant la vie. On trouva une diminution des hématies et de la quantité d'hémoglobine, une prolifération de petits lymphocytes, une augmentation peu marquée de gros lymphocytes et une diminution des polynucléaires. Il y avait peu de cellules éosinophiles, et seulement quelques gros mono nucléaires; les érythroblastes étaient très rares.

A l'autopsie, on trouva le foie et la rate un peu hypertrophiés; l'hypertrophie des ganglions lymphatiques était notable, et des ganglions lymphatiques, qui, d'habitude, sont imperceptibles, étaient cette fois fortement augmentés de volume.

L'examen bactériologique, qui, dans les cas de ce genre, a toujours donné des résultats négatifs, n'a pas été fait.

Tubage prolongé. — M. Ausset (de Lille) a eu l'occasion de pratiquer le tubage chez une fillette de cinq ans atteinte du croup. Lorsqu'au bout de quelques jours on a voulu retirer le tube, l'enfant a été prise d'accès de suffocation; il a fallu replacer le tube. Cinq mois de tubage ayant échoué, on pratiqua la trachéotomie, et, quand quelques jours plus tard on voulut retirer la canule, les accès de suffocation se reproduisirent, si bien qu'aujourd'hui, un an après l'opération, l'enfant garde encore sa canule.

M. Ausset a observé 47 cas analogues, ayant nécessité un tubage prolongé. La cause la plus fréquente des accidents est une laryngite oedémateuse sous-glottique avec ulcérations; dans d'autres cas, il s'agit de bronchopneumonie; dans d'autres encore, de compression des nerfs récurrents par les ganglions bronchiques.

R. ROUME.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

8 Mai 1899.

Application du spéculum au lit de la malade. —

M. Groussin décrit un mode de fixation extemporanée des membres inférieurs permettant, en cas d'indolence ou de crainte de la malade, l'examen au spéculum et les manœuvres des pansements utérins et vaginaux. (Sera publié.)

M. Bouloumié. Ce procédé peut trouver son application dans certains cas où il sera nécessaire d'avoir recours à de véritables entraves, mais il doit être exceptionnel et, à ce point de vue, on comprend mal que M. Groussin l'intitule « Application du spéculum au lit de la malade ». En général, deux chaises pour les jambes, un oreiller derrière la malade, suffisent amplement pour l'examen gynécologique à domicile.

M. Groussin. Le mot entraves est une exagération. Les malades s'habituent très promptement et très facilement au procédé. Il suffit de l'essayer pour s'en rendre compte.

M. Doléris, tout en rendant justice à l'intérêt de la communication de M. Groussin, trouve aussi le procédé un peu compliqué. A défaut des sangles spéciales usitées pour ce genre d'examen, le vieux procédé qui consiste à passer une serviette autour de chaque cuisse et à la passer sur chaque épaule autour du cou lui paraît bien préférable, plus simple surtout puisqu'il supprime les clous ou vis porte-liens. Ce moyen très simple convient parfaitement pour toutes les petites manœuvres gynécologiques.

Une trachéotomie émonvante sans instruments appropriés par un médecin de campagne. —

M. Longbois. C'est l'histoire d'un jeune médecin du Nord, M. Jacquemart (de Bavay), qui se trouve un soir, à 25 kilomètres de son domicile, auprès d'un enfant de six ans, quelque peu son parent, atteint de croup et asphyxiant. La trachéotomie s'imposait. Sans instruments, notre jeune confrère se souvient fort heureusement que, chez ses parents voisins du petit malade, se trouvait sa vieille trousse de dissection; il y trouve une pince et un scalpel qu'il antiseptise par l'ébullition dans l'eau additionnée de carbonate de soude. Restait à trouver une canule. L'ajutage courbe d'une vieille seringue d'étaim, séparée du reste de l'instrument, la lui fournit. Avec cette instrumentation rudimentaire, mal aidé, en présence du médecin habituel de la famille, tardivement mandé et arrivé, et dont l'attitude n'était guère en-

rageante, M. Jacquemart, bien que n'ayant jamais fait ni même vu faire de trachéotomie, n'hésita pas à opérer. Grâce à l'application des tractions rythmées de la langue, il parvint à introduire la canule improvisée; pendant le temps nécessaire pour s'en procurer une autre à la ville la plus proche (9 kilomètres), il maintint le bout d'étaim introduit dans la trachée avec la main. Au bout de deux heures, il put enfin appliquer une vraie canule munie d'ailettes et obtint un succès opératoire.

Malheureusement, le lendemain, l'enfant, fort probablement par suite d'imprudences commises dans l'alimentation, mourut dans la soirée.

M. Longbois, retraçant l'histoire de la trachéotomie, félicite M. Jacquemart du courage qu'il a montré dans la circonstance, où il a inventé pour ainsi dire l'opération. De plus, consécutivement, notre confrère se vit atteint d'angine pseudo-membraneuse très douloureuse avec paralysie du voile du palais.

M. Gillet rappelle que M. de Saint-Germain rempêça un jour, d'urgence, la canule à trachéotomie par un morceau d'étaim. Il est bon de savoir parfois suppléer au manque d'instruments appropriés. M. Desprez, qui malheureusement était un chirurgien trop peu soucieux de l'antisepsie, savait habituer ses élèves à se servir d'instruments de fortune, ce qui était un véritable service à rendre.

Il est certain qu'aujourd'hui la trachéotomie est moins souvent pratiquée; toutefois l'intubation, dont l'avènement n'est pas étranger à cette diminution des faits d'ouverture de la trachée, restant forcément applicable surtout en certains milieux, il faut encore savoir faire une trachéotomie.

M. Doléris rapporte un cas de trachéotomie rendue très émonvante par l'ossification de la trachée.

M. Bourrier a vu remplacer la canule habituelle, dans un cas de trachéotomie, par une sonde d'homme en caoutchouc.

M. Berthod s'étonne qu'il n'y ait pas eu de poursuite judiciaire contre le jeune confrère dont M. Longbois a rapporté l'histoire. Il est probable qu'à Paris il eût été poursuivi. Au temps présent, tout médecin court les plus grands risques et l'on ne saurait trop être prudent.

M. Groussin. Je partage l'avis de M. Berthod. C'est pour les raisons qu'il vient de nous donner, qu'actuellement certains chirurgiens, avant d'opérer, se font délivrer une autorisation écrite par la famille du malade.

M. DERRIGODE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Session de 1899.

(Suite et Fin).

Etude expérimentale de la tuberculose des voies lacrymales. — M. Gourfein (de Genève). Dans un travail sur la tuberculose des voies lacrymales, M. Valude était arrivé à des résultats négatifs et il avait conclu à l'impossibilité de tuberculer le sac lacrymal en invoquant une action bactéricide des larmes.

Il admettait que le sac constituait un sac fermé, alors qu'en réalité c'est un conduit ouvert et qu'il faut veiller à ce que les bacilles inoculés ne soient pas entraînés immédiatement. M. Gourfein a fait deux séries d'expériences sur le lapin. Il introduit dans le sac lacrymal des cultures solides. Dans une deuxième série il fait en outre l'extirpation de la glande lacrymale. Dans ces conditions on voit toujours se développer une tuberculose des voies lacrymales qui est suivie ultérieurement de généralisation tuberculeuse. M. Gourfein a vu trois formes de tuberculose des voies lacrymales chez le lapin.

La première forme se rapproche de l'abcès froid. Le pus se collecte dans le sac et s'évacue, soit à l'extérieur en laissant un trajet fistuleux, soit du côté de la cavité nasale. La deuxième forme est caractérisée par des fongosités avec sécrétion de pus dans lequel on retrouve des bacilles de Koch. Enfin on observe encore des cas où la tuberculose affecte le type des granulations miliaires et où la sécrétion ne renferme pas de bacilles de Koch.

Les tumeurs kystiques bénignes de la glande lacrymale (dacryops). — M. Sourdille (de Nantes). Je viens de faire l'examen anatomique d'un cas de dacryops. On a admis, jusqu'à présent, qu'il s'agissait de kystes par rétention; or, dans le fait qui m'est personnel, le conduit n'était pas oblitéré. La théorie de la rétention n'est donc pas applicable et il faut admettre plutôt une disposition à la dilatation. On constate que la glande est le siège de lésions inflammatoires et il paraît vraisemblable d'admettre qu'il s'agit d'une infection ascendante. Les kystes lacrymaux ont plus d'analogie avec les kystes de la mamelle qu'avec les kystes salivaires dont on les a rapprochés.

Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive. — M. Vieusse (de Toulouse). La tuberculose de la conjonctive se caractérise par un ulcère, par des infiltrations ou par des lésions polypéuses. Je n'ai observé sur mes trois malades que les deux premières formes. Chez deux de mes malades l'affection s'accompagnait d'un lupus du visage. Or, on sait, que le lupus de la face est la conséquence d'une tuberculose née

dans le nez. On peut admettre semblable propagation du côté de l'œil. Cette étiologie devra être recherchée avec soin à l'avenir. Le traitement comporte l'ablation de toute la conjonctive atteinte suivie d'une cautérisation. Il suffira généralement d'une seule intervention pour guérir la maladie.

Cure radicale du lupus palpébral par l'excision de la portion de la peau atteinte et son remplacement par un lambeau dermique. — M. da Gouveia (de Paris). Après avoir fait ressortir la fréquence relative des localisations secondaires du lupus sur les paupières, M. da Gouveia rapporte l'observation d'une jeune fille qui présentait un placard de lupus primitif occupant la moitié de la paupière supérieure. L'examen biopsique montre qu'il s'agissait d'un lieu de bacillose. On pratiqua l'excision de toute la partie cutanée atteinte et on fit aussitôt après la transplantation d'un lambeau dermique emprunté à la région antéro-supérieure de la cuisse. Cette greffe dermique réussit de la façon la plus complète et ce résultat se conserve aussi parfait un an après l'intervention. M. da Gouveia estime que c'est le procédé de choix pour le traitement du lupus palpébral, procédé rapide, sûr et facile.

Un cas de gliome de la rétine suivi d'enucléation, sans récidive. — M. Desvaux (d'Angers). Il s'agit d'un enfant de trois ans présentant les symptômes classiques du gliome rétinien dont le début semblait remonter à six mois. L'œil fut enucleé et l'examen histologique, pratiqué par M. Terrien, montra qu'il s'agissait bien d'un gliome endophytique avec envahissement de la papille. L'opération a été pratiquée il y a un an et on n'a pas encore constaté de récidive.

Injections et lavages antiseptiques de la chambre antérieure. — M. Fage (d'Amiens). Le traitement des suppurations intra-oculaires n'a pas suffisamment bénéficié de l'antisepsie. Les injections sous-conjonctivales ont été un progrès; mais en admettant que leur absorption soit réelle, peut-on compter sur leur action antiseptique en présence de la dose infinitésimale de mercure qu'elles peuvent entraîner dans l'œil?

Pour réaliser l'antisepsie interne, il faut porter directement l'antiseptique dans l'œil. C'est ce que je fais en injectant dans la chambre antérieure deux ou trois gouttes de solution à 1 pour 10.000 de cyanure de mercure à l'aide de la seringue de Pravaz. En considérant que le liquide injecté se dilue dans l'humeur aqueuse et que je me suis impunément servi de cyanure à 1 pour 5.000 chez le lapin, on pourrait sans doute employer des solutions plus fortes que celle qui m'a servi. Cette méthode étudiée d'abord expérimentalement m'a donné de bons résultats dans 11 cas d'abcès de la cornée, dont 6 avec hypopyon et iritis assez intense. Je n'ai pas noté de complications sérieuses, en particulier pas de phénomènes glaucomateux; la blessure du cristallin, de l'iris, l'infiltration de la cornée sont des accidents possibles, mais qu'on évite avec des précautions; les douleurs sont plutôt moins vives qu'avec les injections sous-conjonctivales.

Quand l'hypopyon est très abondant, quand il y a un début de panophtalmie, c'est à la paracentèse et aux lavages de la chambre antérieure qu'il faut recourir. Ces lavages, que Saint-Yves conseillait déjà au XVIII^e siècle ne sont pas assez généralement employés. Je les pratique, à travers l'ouverture faite par l'aiguille à paracentèse, avec la seringue de Pravaz munie d'une canule étroite et chargée d'un liquide antiseptique tiède. Dès le lendemain le malade ressent une détente très marquée; l'hypopyon ne se reforme généralement pas; la cornée se déterge et reprend sa transparence dans la mesure du possible. Ce traitement n'exclut pas d'ailleurs les moyens ordinaires de désinfection oculaire.

Spasmes toniques du muscle ciliaire chez l'enfant; valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé. — M. Lagrange (de Bordeaux). Dans ma communication, je me propose d'étudier: 1^o l'obstacle que, chez les enfants, les spasmes toniques du muscle ciliaire opposent à la détermination de la réfraction; 2^o la valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé.

Les spasmes toniques altèrent les résultats de l'examen à l'image droite aussi bien que ceux de la skiascopie, et ils sont, à plus forte raison, une grande cause d'erreur dans les examens subjectifs; mais dans quelle mesure ces spasmes sont-ils une cause d'erreur, c'est là ce que je me suis appliqué à déterminer.

Étant donné un jeune sujet, afin de comparer à sa véritable réfraction les divers résultats donnés par les différentes méthodes, subjectives ou objectives, j'ai dû, pour commencer, m'assurer d'un moyen certain de mesurer cette réfraction.

Ce moyen consiste à utiliser, chez le sujet longuement atropinisé, l'optomètre de Badal muni, du côté de l'œillet, d'un diaphragme perforé d'une ouverture de 4 millimètres. Le sujet qui regarde par cette ouverture ne peut utiliser que les parties centrales de la cornée. C'est au résultat ainsi acquis qu'il faut comparer tous ceux obtenus chez le même sujet, soit avant, soit après l'atropine par les diverses méthodes d'optométrie subjective ou objective.

Nous avons pu ainsi établir que le spasme tonique était loin de disparaître dans la chambre noire. Le dénombrement des cas a montré qu'en moyenne 2 D. 08

de réfraction dynamique étaient cachées dans la chambre noire pendant la skiascopie chez les jeunes sujets. Dans le même travail, nous établissons que la skiascopie, après atropine, malgré la dilatation pupillaire maxima, donne des résultats assez exacts si on les compare avec ceux qu'on obtient avec l'œil atropinisé regardant dans l'optomètre muni du diaphragme.

Sur 46 yeux, 44 fois la skiascopie a donné le même résultat que l'optomètre; 4 fois il y avait une différence en plus de 0,50 à 1 et 17, puis les résultats ont été inférieurs de moins d'une dioptrie. Une fois seulement la différence dépassait une dioptrie.

Par conséquent, le clinicien peut, dans une large mesure, compter sur l'exactitude de la skiascopie lorsqu'il examine un œil atropinisé.

De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. — M. Rohmer (de Nancy), après les travaux de Gifford, Fuchs, Murrell, Braun, etc., a essayé de se rendre compte de l'effet de la suppression du pansement après les opérations oculaires, en particulier après l'extraction de la cataracte. Il a pu se convaincre que, l'antisepsie ayant été bien faite avant l'opération, était parfaitement maintenue par l'occlusion naturelle des voiles palpébraux et la sécrétion lacrymale; la grande lumière du jour ne peut que favoriser la contraction pupillaire et empêcher la hernie de l'iris; la fermeture de la plaie cornéenne peut déjà être constatée après cinq à six heures; la déambulation des malades peut être permise dès le second jour, et même le premier jour, quand il y a une contre-indication pour le malade à garder la position horizontale. M. Rohmer se contente simplement de maintenir une compresse flottante au-devant des yeux du malade, fixée avec un ruban autour de la tête, compresse non destinée à protéger les yeux, mais seulement à rappeler au malade qu'il doit éviter de porter les mains à la figure. Toutes les deux à trois heures, légère irrigation des paupières avec du cyanure d'Hg à 1/1000.

La suppression du pansement fait qu'on ne voit plus ni rougeur ni sécrétion de la conjonctive; presque pas de douleur. Ce procédé peut être employé, même après une hernie du corps vitré ou une tension exagérée du globe. La statistique de M. Rohmer porte sur 89 cas de cataractes, dont 77 séniles, opérées par extraction à grand lambeau, et 3 traumatiques. Chez des jeunes gens, enlevés par aspiration, il y eut 10 hernies de l'iris = 12,05 pour 100, réséquées dès le deuxième ou troisième jour; 9 cataractes secondaires opérées aussi les jours suivants; enfin 3 panophtalmies = 3,38 pour 100, mais dont 2 sont d'origine grippale; la troisième est due à l'insubordination de la malade, ce qui prouve que tous les opérés ne sont pas susceptibles de bénéficier des avantages de ce procédé.

Fistule congénitale de la cornée. — M. A. Terson (de Paris) rapporte un cas très rare de lésion congénitale de la cornée. Il s'agit d'un nouveau-né, venu à terme, après un accouchement absolument normal, et n'ayant nécessité aucun instrument de traction. L'œil gauche est normal; l'œil droit était atteint d'une fistule centrale de la cornée. La chambre antérieure n'existait pas; l'iris adhérait aux bords de la fistule, et l'humeur aqueuse s'écoulait au dehors d'une façon constante. La fistule se ferma au bout de trois semaines. L'œil a présenté depuis une tendance à l'hypertonie, rendant l'intervention opératoire nécessaire.

On ne trouve aucune étiologie absolument certaine. La lésion paraît consécutive à une ulcération cornéenne intra-utérine, bien plutôt qu'à un arrêt de développement. La mère s'était vicieusement frappé l'abdomen sur un coin de table au sixième mois de la grossesse.

M. A. Terson rappelle les autres cas publiés sur les lésions congénitales de la cornée, taies, leucomes et même staphylomes complets et opaques, existant à la naissance et même sur les deux yeux chez plusieurs enfants de la même famille. Quant à la pathogénie de ces lésions intra-utérines comme celle des malformations en général, l'auteur rappelle les expériences de tératogénie expérimentale de Dareste et de Féré qui sont arrivés à produire des monstres, en agissant de diverses manières sur les œufs et les femelles pleines (traumatismes, alcoolisation, vernissage, etc.), et rapporte aussi les travaux de Féré et d'autres sur les relations de la famille névropathique avec la famille tératogénique, la fréquence plus grande des anomalies congénitales dans les familles alcooliques, de dégénérés, etc.

Il semble qu'il ne faut pas rejeter l'influence du traumatisme et des perturbations nerveuses dans la production d'anomalies congénitales oculaires sur un terrain prédisposé.

Sur le traitement du kératocône. — M. Kalt. Le kératocône est la conséquence d'une résorption partielle du tissu cornéen. L'origine de l'affection est inconnue. Elle débute de vingt à trente ans, évolue en l'espace de quelques semaines, puis reste stationnaire. Les résultats obtenus par la compression prolongée avec le bandeau témoignent de l'existence d'un processus réparateur qu'il est tout indiqué de soutenir dans la mesure du possible. Il est donc logique d'essayer un procédé de compression qui assure un aplatissement complet du cône, et qui n'ait pas les inconvénients du bandeau. Le bandeau, en effet, porté pendant un ou deux mois, irrite considérablement l'œil et finit par devenir

un instrument de torture. En outre, son action est inégale et intermittente.

J'ai pratiqué sur deux malades la blépharorrhaphie faite sur une grande étendue du bord libre. L'œil le plus malade a seul été opéré.

Obs. I. — Jeune femme de vingt ans. Kératocône très marqué à gauche, datant de deux mois. Vision, sans verres, 1/10. L'union des paupières a été maintenue pendant un an.

La durée de l'occlusion palpébrale eût certainement pu être abrégée de plusieurs mois. Le résultat a été remarquable et a été obtenu sans taie persistante, comme il arrive après les ponctions galvaniques.

Obs. II. — Femme de trente-quatre ans. Kératocône ancien des deux yeux, surtout marqué à droite. Cet œil porte une taie centrale et a été iridectomisé il y a quatorze ans.

Je pratique la perforation du sommet du cône avec le galvanocautère et suture de suite les paupières. Désunion au bout de trois mois. Résultat: un aplatissement très notable du sommet du cône. L'œil compte bien les doigts à 0 m. 30.

Ce cas est moins net que le précédent; mais des malades du même degré, traités par la cautérisation seule, n'avaient pas obtenu pareil résultat.

La suture des paupières n'est évidemment pas indispensable quand on se décide à traiter un kératocône très prononcé, ancien, par les cautérisations et qu'on ne craint pas de créer une taie là où celle-ci n'existe pas déjà. Mais elle est à recommander contre les kératocônes de degré moyen, récents ou tout au début, toutes les fois que la cornée n'est pas opacifiée au centre et qu'on redoute de créer une taie indélébile. Rien n'empêche, en outre, de prescrire des instillations journalières de myotiques, tels que la pilocarpine.

De quelques paralysies combinées des muscles de l'œil; paralysie des mouvements d'élevation et d'abaissement des deux côtés avec intégrité des mouvements de latéralité; paralysie de la convergence. — M. Teillais (de Nantes). Les paralysies des muscles de l'œil constituent un symptôme fréquent des maladies cérébrales, mais il en est parmi elles qui, par leur rareté et leur complexité, méritent un plus grand intérêt. Je veux parler des paralysies combinées des muscles de l'œil, d'origine centrale, ou plutôt de la paralysie des mouvements associés des yeux dont un malade vient de m'offrir un remarquable exemple.

Ce n'est pas ici à vrai dire un type unique; cependant on en trouve un petit nombre de cas s'en rapprochant, il n'en est aucun qui lui soit absolument semblable.

Le malade, dont la santé était parfaite en apparence le 21 Juin dernier, tomba tout à coup dans le coma avec une perte absolue de connaissance.

Pendant un mois il resta inconscient sans présenter aucune trace de paralysie des membres ni de la face; la langue n'était pas déviée.

Le premier jour seulement, il lui était impossible de relever complètement les deux paupières, symptôme qui disparut le lendemain.

Les troubles oculaires dataient donc de quatre mois quand il se présenta à la clinique. Pendant le premier mois de l'affection, l'état mental du malade l'avait empêché de s'en rendre compte, et comme il tenait les yeux constamment fermés, son entourage s'était borné à remarquer qu'il louchait un peu. La diplopie fut en effet le premier symptôme qu'il accusa, dès qu'il eut recouvré le sentiment. Elle eut du reste elle-même une très courte durée; et lors du premier examen, il n'y avait aucune trace de strabisme, la vision double avait complètement disparu.

Ce qui frappait au premier abord, c'était l'attitude du malade, tenant invariablement la tête droite, avec une rigidité singulière, les yeux fixés vers l'horizon et courant plutôt qu'il ne marchait vers les objets qu'il paraissait avoir visés.

Il ne voyait bien, disait-il, qu'en maintenant cette position, et je ne tardai pas à me l'expliquer, en constatant une paralysie complète du mouvement d'élevation et d'abaissement, avec l'intégrité absolue des mouvements de latéralité.

La paralysie des mouvements verticaux est entière pour les deux yeux, qui, ensemble ou isolément, ne dépassent ni l'un ni l'autre l'horizontale. Les paupières fonctionnent normalement.

J'ai dû qu'il n'avait pas de strabisme; il se produit un strabisme divergent quand il s'agit de fixer un objet rapproché, ce qui résulte de la paralysie de la convergence. En effet le mouvement de la convergence est absolument nul, tandis que les mouvements latéraux ont conservé toute leur amplitude.

Les pupilles, qui ont un volume égal, réagissent facilement sous l'action de la lumière.

L'examen ophtalmologique ne dénote aucune lésion du fond de l'œil. Il n'y a ni amblyopie ni dyschromatopsie. Le champ visuel est normal des deux côtés.

Je me suis assuré aussi que le malade, chez qui la convergence sur la ligne médiane fait défaut, jouissait de la convergence dans les mouvements de latéralité, ou du moins qu'il possédait la vision binoculaire quand il regardait un objet placé latéralement.

En somme nous avons affaire à une paralysie complète des droits supérieur et inférieur, du grand oblique et de la convergence des deux côtés, avec la conservation

des mouvements de latéralité et l'intégrité des muscles intrinsèques.

Telles sont les manifestations oculaires que j'ai constatées dès le début et que rien n'est venu modifier. On peut donc dire que l'état des yeux est resté stationnaire. Il n'en est pas de même de la santé générale du malade, qui a fait de grands pas vers le ramolissement.

Quant à l'étiologie, le diabète et la syphilis peuvent être incriminés. Mais quel est le diagnostic de localisation? C'est un problème difficile à résoudre. D'après l'analyse des symptômes, bien que ce soit discutable, il y a des présomptions pour que la paralysie soit d'origine nucléaire.

V. MORAX.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

AUTRICHE-HONGRIE

Société des médecins de Vienne.

12 Mai 1899.

Sycois traité par les rayons de Röntgen. — MM. Schiff et Freund ont montré deux malades atteints de sycois et traités par les rayons de Röntgen. Les résultats sont très satisfaisants. Après sept à treize séances de radiation, les poils tombent et le processus inflammatoire disparaît et ne se reproduit plus quand, après la chute des poils, la lésion est traitée par des topiques. On évite ainsi l'épilation qui est toujours très pénible.

Rupture de la vésicule biliaire. — M. Hochenegg a communiqué l'observation d'une femme qui, à la suite d'un mouvement brusque, a été prise de symptômes de péritonite aiguë. Lorsque la malade entra à l'hôpital, on constata, à l'examen, l'existence, dans la région de l'estomac, d'une tuméfaction diffuse qui fit penser à un volvulus du gros intestin.

La laparotomie montra qu'il existait une rupture de la vésicule biliaire à travers laquelle saillait un gros calcul. Le péritoine renfermait 6 à 7 litres d'un liquide coloré en vert par la bile.

L'opération a consisté à extraire le calcul et à suturer la déchirure de la vésicule biliaire. Celle-ci fut replacée dans l'abdomen et la cavité abdominale nettoyée et drainée. Le malade guérit.

Inflammation chronique des corps cavernaux du pénis. — M. Grünfeld a montré un malade atteint depuis six mois d'une tuméfaction des corps cavernaux du pénis. Le pénis présente en arrière du gland sur une étendue de 6 centimètres une tuméfaction dure et douloureuse, dont l'épaisseur atteint 5 centimètres. Pendant l'érection, les parties infiltrées se durcissent encore légèrement. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés.

Extirpation de fibromes utérins. — M. Wertheim, en s'appuyant sur une statistique de 53 cas, étudie les indications des interventions pour myomes utérins. La voie vaginale est indiquée dans les cas où la tumeur ne dépasse pas l'ombilic; mais, si la malade est très anémiée et présente de la myocardite, il ne faut suivre la voie vaginale que dans les cas où la tumeur ne dépasse pas les dimensions d'une tête d'enfant. Dans les tumeurs intra-ligamenteuses, il vaut mieux avoir recours à la voie abdominale, qui est encore indiquée dans les myomes immobilisés par des adhérences inflammatoires.

Sur les 53 opérations, M. Wertheim a suivi 34 fois la voie vaginale. Dans 2 cas, cette voie a été abandonnée à cause de l'hémorragie abondante; dans 25 cas on a eu recours au morcellement; dans 6 cas le myome a été extrait sans morcellement par le vagin; dans 3 cas on a pratiqué l'énucléation des myomes sous-muqueux. Sur ce nombre d'opérés, il n'y a eu que 1 seul cas de mort.

17 malades ont été opérés par la voie abdominale; 3 fois on a fait l'amputation sus-vaginale, 14 fois l'extirpation totale. Sur ces 14 malades, 4 avaient des myomes profondément situés, 3 des myomes suppurés, 1 un utérus infecté; 1 seule des 17 opérées a succombé.

ILES BRITANNIQUES

Société harvéienne de Londres.

6 Avril 1899.

Extirpation des tumeurs malignes du gros intestin. — M. Battle présente deux femmes qu'il a opérées pour des occlusions intestinales dues à des tumeurs malignes du gros intestin. Dans le premier cas, la tumeur siégeait à l'angle splénique du colon; l'occlusion avait été complète au bout de quatre semaines après l'apparition des premiers symptômes. La distension intestinale était extrême et il était impossible d'attirer dans la plaie le segment intéressé; on fit une colotomie provisoire sous le rebord costal gauche. Cinq semaines après, on extirpa la tumeur et on fit un anus artificiel après, anastomose latérale. Dans le second cas, il s'agissait d'un carcinome de l'anse sigmoïde; on l'extirpa et on fit encore un anus contre nature, après anastomose latérale. Au bout de quelques semaines, la

continuité du canal intestinal étant assurée, on supprima chez les deux malades l'anus artificiel et actuellement elles se portent parfaitement bien.

Paralysie du nerf spinal. — M. Tilley présente un homme de cinquante-cinq ans qui, ayant pris froid, offrit des modifications de la voix, qui devint chroniquement enrouée, et de la déglutition, la salive s'accumulant dans la bouche. La moitié gauche du voile du palais, le pharynx, la corde vocale gauche, le sterno-mastoïdien, la partie supérieure du trapèze gauche, étaient paralysés. Pas de douleurs, de vertiges ni de convulsions. L'auteur fait le diagnostic pachyméningite intéressant le tissu du spinal en aval de l'union des racines cervicales et bulbaires dans le crâne. Pas d'antécédents goutteux, syphilitiques ni rhumatismaux.

Torticollis spasmodique. — M. Smith montre un malade qu'il a opéré pour un torticollis spasmodique par la résection du spinal à son entrée dans le sterno-mastoïdien: il fit l'opération à gauche, il y a quatre ans; à droite, il y a quelques semaines. Les deux opérations avaient parfaitement réussi. Six mois après la première opération, la fonction du nerf s'était rétablie. Depuis quelque temps, la malade avait présenté des spasmes du sterno-mastoïdien droit, qui avaient persisté malgré le massage, ce qui détermina l'auteur à pratiquer la seconde intervention. Actuellement le sterno-mastoïdien droit et la partie supérieure du trapèze sont paralysés, mais cela ne gêne en rien la malade.

Symphise cardiaque; calcification du péricarde. — M. Ewart montre les pièces d'autopsie d'une femme de quarante-neuf ans, alcoolique morte de cachexie, après avoir présenté de l'ascite d'origine présumée hépatique. Les accidents avaient débuté il y a cinq ans: le foie était gros, pas d'albuminurie, rien au cœur, sauf, de temps en temps, un léger frottement très inconstant. L'ascite avait été ponctionnée 52 fois. A l'autopsie, on trouva le péricarde fortement adhérent au cœur dans toute son étendue: il présentait une couche de dépôts calcaires, qui le rendaient tellement rigide qu'il avait dû empêcher la contraction des ventricules. Cette carapace s'étendait jusqu'au sillon auriculo-ventriculaire et ne recouvrait pas les oreillettes: les parois de ces dernières étaient très hypertrophiées. Cavités ventriculaires très légèrement dilatées. Le foie n'était pas cirrhotique, mais il était un peu hypertrophié à la suite d'une congestion chronique.

Les viscéres abdominaux formaient une masse compacte occupant la partie supérieure de la cavité abdominale et adhérente à la paroi. La partie inférieure de la cavité présentait un aspect particulier: on ne voyait rien de l'intestin, sauf le colon descendant, qui devint visible quand on eut vidé le ventre de l'énorme quantité de liquide qu'il contenait.

Quant au reste de l'intestin, il formait une masse sphérique enveloppée dans un sac péritonéal. L'ascite était donc d'origine cardiaque.

ITALIE

Académie royale de médecine de Turin.

24 Mars 1899.

Un cas d'infection gazogène chez une accouchée. — M. Cosaris Demel. Chez une accouchée, l'infection fut déterminée par un bacille anaérobie qui envahit surtout le myocarde, les muscles striés, les reins, le foie. Dans le foie, la localisation microbienne s'accompagnait d'une abondante production de gaz.

Le parenchyme hépatique, déjà modifié par la grossesse, puis altéré par suite de la néphrite infectieuse, fut un excellent terrain de culture pour l'anaérobie, qui le trouva dans un état spécial, favorable à la formation des gaz. Dans les autres viscéres, pareille condition n'étant pas réalisée, il ne se développa pas de gaz.

Il semble donc qu'une infection n'est pas primitivement gazogène par le fait du microbe infectant, mais qu'elle peut devenir gazogène si l'organisme ou l'organe infecté ont été préparés par des conditions antérieures.

Le leptothrix dans l'entérite chronique et l'anémie pernicieuse progressive. — M. Dematis. Dans deux cas d'anémie pernicieuse consécutifs à l'entérite chronique, M. Dematis a trouvé dans les déjections diarrhéiques un microorganisme du genre leptothrix au milieu des débris de l'épithélium intestinal.

Ce leptothrix attaqua l'épithélium, en amenant la chute; peut-être obturait-il les lymphatiques, s'opposant ainsi à l'absorption du chyle; il a pu aussi, par les sécrétions toxiques, être une cause d'intoxication lente. Pour ces raisons, il peut se faire que le leptothrix ait été le lien entre l'entérite chronique et l'anémie pernicieuse.

Tuberculose du cheval. — M. Ferroncito. La tuberculose est très rare chez le cheval; dans un cas de maladie lente, progressive, où le diagnostic était demeuré obscur, M. Ferroncito trouva des lésions tuberculeuses fort semblables à celles de l'homme et des bovidés.

Les tubercules, nombreux dans les poumons, les pié-vres, le foie et la rate, contenaient une énorme quantité de bacilles de Koch; en général, les éléments anatomiques des tubercules n'étaient pas altérés. Les tubercules du cheval n'arrivent que lentement à la caséification, c'est là une différence importante avec ceux de l'homme.

Oblitération de la veine cave inférieure et circulation collatérale par les azygos. — M. Cavalleri. L'oblitération était comprise entre l'embouchure de l'émulgentique gauche et l'embouchure des veines sus-hépatiques; dans cette partie de son trajet, la veine cave était complètement transformée en un cordon fibreux dense.

La circulation collatérale s'était surtout établie au moyen des anastomoses de la veine rénale gauche avec le système des azygos; le tronc réno-azygo-lombaire de Lejars était très développé.

RUSSIE

Société ophtalmologique de Saint-Petersbourg.

18 Février 1899.

De l'emploi de la spermine de Pöhl en ophtalmologie. — M. Yakovlev a recouru, dans le service du professeur Belliarminov, au traitement par la spermine de Noel de différentes formes d'affections oculaires. Les injections étaient faites, soit sous la peau, soit sous la conjonctive oculaire, mais le choix du siège est sans importance pour les résultats. Ceux-ci sont les suivants: Dans 44 cas d'atrophie du nerf optique de causes diverses et de durée variant de six mois à sept ans, et où les autres modes de traitement sont restés sans effet, les injections ont amené une amélioration de l'acuité visuelle à un degré proportionnel à l'intensité et à l'ancienneté du cas. (Si la cécité était complète, les injections n'ont pas, bien entendu, rendu la vue aux malades). L'amélioration se montrait déjà, dès la quatrième ou cinquième injection. En moyenne il faut faire 15 injections, car, après ce chiffre, les résultats restent stationnaires, ils sont permanents et persistent même trois ou quatre mois après le traitement. Des résultats analogues ont été obtenus dans la choréïde chronique et l'amblyopie alcoolique. Dans un cas d'inflammation du nerf optique, l'amélioration, très sérieuse, s'est montrée au bout de cinq jours. Par contre, dans la rétinite et la choréïde récentes la spermine est restée sans effet.

MM. Medvediev, Serguiev et Belovskiy ont également observé des cas très probants d'amélioration de la vue sous l'influence des injections de spermine. Dans plusieurs de ces cas il s'agissait d'atrophie tabétique du nerf optique.

Rôle des saprophytes dans les affections oculaires. — M. Lobanov est arrivé à la suite de ces expériences aux résultats suivants:

1° Seuls les bacilles caudicaux, violaceux et ruber sont restés saprophytes.

2° Les autres huit espèces sur lesquelles ont porté les expériences (sarcoïna, proteus vulgaris, bacillus subtilis, prodigiosus, agilis, fluorescens, putridus et le micrococcus fuscus) provoquaient l'iritis et l'inflammation du corps ciliaire qui duraient de trois à quatre semaines et qui n'avaient pas la tendance à se transformer en panophthalmie. Les saprophytes donnaient lieu à des lésions inflammatoires circonscrites, et c'était là la seule différence d'avec les lésions produites par les microbes pyogènes.

En somme, sur onze microbes soi-disant saprophytes, huit nous a justifié cette désignation, tout au moins par rapport à Pöhl. Les mêmes résultats ont été obtenus par l'inoculation dans le corps vitré.

ÉTATS-UNIS

Association médicale de New-York.

20 Mars 1899.

Fibro-myxome du pharynx. — M. Quinlan montre un fibro-myxome qu'il a enlevé six semaines auparavant du pharynx d'une jeune fille. La malade était très amaigrie et disait que, depuis huit ans, elle n'avait pu rester dans le décubitus dorsal, à cause de la présence de la tumeur. Depuis longtemps la déglutition était très pénible; le néoplasme s'était étendu au larynx et reposait sur la face postérieure de l'épiglotte. L'opération fut faite à la cocaïne: on pulvérisa d'abord par les fosses nasales une solution à 2 pour 100 d'extrait de capsule surrénale; on fit ensuite, une pulvérisation à la cocaïne; il n'y eut ni douleur ni hémorragie. Au bout de trois jours, la jeune fille quittait l'hôpital et, depuis, son poids a augmenté de trois livres par semaine.

Indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac. — M. Syns estime que la majorité des ulcères gastriques sont susceptibles de guérir par un traitement purement médical, mais il conseille l'excision de l'ulcère dans les cas suivants: 1° quand après un traitement médical rigoureux et prolongé l'état du malade n'est pas amélioré; 2° quand il survient des accidents mettant en danger la vie du malade; hémorragies abondantes et rebelles, imminence d'une perforation, péritonite localisée péri-atomacale; 3° quand le malade s'affaiblit rapidement. Dans ces deux derniers cas, l'opération doit être faite immédiatement.

Ulcère perforant du duodénum. — M. Erdmann relate deux observations d'ulcère perforant du duodénum. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de

rente ans, qui fut saisi brusquement d'une douleur abdominale intense : examiné trente-six heures après, il présentait des symptômes d'infection généralisée; on fit le diagnostic d'appendicite. A l'opération, on trouva une perforation du duodénum. Il n'y avait pas de sang ni de matières alimentaires dans la cavité péritonéale. La seconde observation est celle d'un homme de quarante ans, qui, en travaillant, ressentit brusquement une vive douleur derrière l'appendice xiphoïde. Vu vingt heures après, il présentait aussi des phénomènes d'infection généralisée. Le ventre était très ballonné. La perforation duodénale siégeait au même niveau que dans le cas précédent. Ses deux malades moururent quelques heures après l'opération.

PRATIQUE MÉDICALE

La dionine et le traitement de la morphinomanie.

La dionine ou éthyl-morphine est une poudre cristalline blanche, de saveur un peu amère, bien soluble dans l'eau et dans l'alcool.

Bien que connue depuis fort peu de temps, elle paraît en train de devenir un agent thérapeutique de réelle valeur.

En effet, les recherches poursuivies par les auteurs allemands viennent de démontrer que la dionine remplit deux indications de la plus grande utilité :

- 1° Elle peut être avantageusement substituée à la morphine ordinaire et à la codéine;
- 2° Elle est d'un grand secours dans le cours de la morphinomanie.

C'est à M. le professeur von Mering (de Halle) que revient le mérite d'avoir préconisé la dionine comme succédané de la codéine et de la péronine. Cet auteur l'emploie, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées. Dans le premier cas, on peut prescrire ce médicament en solutions aqueuses ou bien en pilules. Voici quelques formules :

Dionine 30 centigrammes.
Eau distillée 20 grammes.

Prendre, deux à trois fois par jour, XV gouttes de cette solution dans un peu d'eau sucrée.

Dionine 50 centigrammes.
Sirop simple 400 grammes.

Une cuillerée à café le soir en se couchant.

Dionine 30 centigrammes.
Extrait de réglisse Q. S. p. f. XXX pilules.

Prendre, le soir, de 1 à 3 pilules en se couchant.

On voit que la dose de dionine, prise à l'intérieur, oscille entre 3 et 6 centigrammes.

Les injections sous-cutanées ne sont pas moins efficaces; ici, la dose employée varie de 15 milligrammes à 3 centigrammes. Voici une formule :

Dionine 40 centigrammes.
Eau distillée 40 centimètres cubes.

Chaque seringue de Pravaz, de 1 centimètre cube renferme 1 centigramme de dionine. Dose : 1 à 3 seringues dans les vingt-quatre heures.

Quelques médecins, parmi lesquels il convient de citer M. A. Fromme (de Hambourg) et J. Heinrich (de Mulhouse) se sont servis avec succès de la dionine pour guérir les morphinomanes de leur funeste passion.

Dans ce but, on commencera par administrer la dionine alternativement avec la morphine, en quantités égales; puis, on essaiera de diminuer les doses de morphine en augmentant celles de la dionine, pour, finalement, arriver à substituer complètement la dionine à la morphine.

Le maximum de dionine que l'on devra employer dans ces sortes de cas variés, cela va sans dire, avec la gravité de l'intoxication morphinique, les habitudes des malades et les susceptibilités individuelles. Chez quelques malades, on a pu atteindre la dose de 1 gramme de dionine par jour, sans aucun incon vénient.

Les résultats obtenus jusqu'à présent dans la cure du morphinisme chronique sont tout à fait encourageants.

LIVRES NOUVEAUX

Hillemand. — *Organothérapie ou opothérapie* (Paris, 1899, STEINHEIL, éditeur).
La petite brochure que vient de publier M. Hillemand

est destinée à compléter la 5^e édition du *Manuel de pathologie générale* de Moynac. Les travaux que suscite chaque jour l'étude de l'opothérapie sont tellement importants et tellement nombreux, qu'on est fort heureux d'en trouver une étude synthétique. Celle que vient de faire M. Hillemand se recommande par la clarté de l'exposition et le choix judicieux des documents. C'est un excellent appendice à un ouvrage aujourd'hui classique.

H. R.

A. B. Marfan, professeur agrégé à l'Université de Paris, médecin des hôpitaux. — *Traitement de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge* (Paris, 1899, STEINHEIL, éditeur).

La succession ininterrompue des travaux sur les troubles digestifs des nourrissons montrent suffisamment que, depuis dix ans, cette question reste à l'ordre du jour. Si l'on songe que, dans l'énorme majorité des cas, ces troubles aigus ou chroniques relèvent d'une alimentation défectueuse, on nous concédera facilement que savoir conduire l'allaitement d'un nourrisson au sein ou nourri artificiellement, c'est faire œuvre de prophylaxie bien comprise. C'est là la justification de l'utilité et de l'opportunité du livre que nous donne M. Marfan.

Ce livre, comme l'indique du reste son titre, s'adresse au praticien. Cela ne veut pas dire que, dans ce livre, le côté scientifique a été sacrifié au côté pratique de la question. Très logiquement et pour pouvoir solidement étayer la technique de l'allaitement, telle qu'il la conçoit, M. Marfan commence par nous donner une étude très claire et très précise de la chimie du lait, de sa microbiologie, de la digestion du lait et des échanges nutritifs chez le nourrisson. En possession de ces données, il aborde ensuite la question de l'allaitement au sein, de l'allaitement artificiel et de l'allaitement mixte. Sans perdre un seul instant l'intérêt pratique de ses questions, M. Marfan passe successivement en revue la réglementation et la surveillance de l'allaitement maternel, la direction de l'allaitement artificiel par le lait bouilli et le lait stérilisé, ses difficultés et les accidents qui peuvent se présenter au cours de l'alimentation artificielle et la façon de les tourner.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à l'alimentation des nouveau-nés débiles et des nourrissons malades.

Cette simple énumération montre suffisamment que le livre de M. Marfan est destiné à rendre de réels services non seulement au praticien, mais aussi, par son côté scientifique, à tous ceux qui s'intéressent d'une façon particulière à l'alimentation des nourrissons.

R. ROMME.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — 18 Mai. — MM. Teissier, 30. — Legry, 30.
A la suite de ce concours, MM. Teissier, Hudelo et Legry sont nommés médecins des hôpitaux.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 15 Mai. — MM. Lauay, 24. — Auvray, 24. — Marion, 21. — Delbet, 25. — Cazin, 18. — Savariand, 26.
17 Mai. — MM. Delbet, 18. — Lauay, 16. — Auvray, 18. — Marion, 17.
19 Mai. — MM. Lauay, 19. — Auvray, 19. — Delbet, 19.

A la suite de ce concours, MM. Lauay et Auvray sont nommés chirurgiens des hôpitaux.

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Bouilly, Lucas-Championnière, Reynier, qui ont accepté; MM. Lepage, Bar, Boissard, Thibierge.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Faculté de médecine. — Le Conseil des professeurs vient de proposer pour la chaire d'Histoire de la médecine : en 1^{re} ligne à l'unanimité, M. Brissaud; en 2^e ligne, M. Ballet; en 3^e ligne, M. Marie.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique vient de se réunir en session ordinaire, sous la présidence de M. Legend, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur. Le conseil a réélu M. Théophile Rousseau, président, et MM. Hermann-Sabran et Thulé, vice-présidents.

En tête de l'ordre du jour était inscrit le projet relatif au paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux. Après une assez longue discussion, le Conseil a admis les résolutions suivantes.

1. Les malades admis dans les hôpitaux à titre de malades payants ne doivent être reçus que pour des cas exceptionnels, ainsi que cela est mentionné dans une note annexée à l'article 26 du règlement modèle des hôpitaux. Aux deux exceptions déjà votées par le Conseil supérieur et qui visent les malades passagers dans une commune et ceux atteints de maladies contagieuses, il y a lieu d'en ajouter une troisième, à savoir les malades habitant la commune, dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de faire une opération dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé.

II. Les malades aisés pourront être admis dans les chambres ou salles payantes moyennant un prix variable, toujours élevé, et très supérieur au prix de revient. Ils seront avisés au moment de leur entrée que le paiement du prix de journée, fixé dans ces conditions par la Commission administrative, leur incombera pour toute charge.

III. Le Conseil émet le vœu qu'à l'avenir le préfet n'approuve aucune délibération par laquelle une Commission administrative créerait une chambre ou une salle payante sans en avoir référé au ministre de l'intérieur.

Corps de santé de la marine. — Sur la proposition du ministre des colonies, le Président de la République vient de signer un décret aux termes duquel sont dispensés de la période de séjour aux colonies, exigée pour passer au grade supérieur, les officiers titulaires d'une chaire de professeur dans une Université de l'Etat.

Le ministre, dans son exposé des motifs, fait remarquer que le cas s'est déjà présenté; et que bien que ne devant jamais constituer qu'une exception, il sera plus fréquent dans l'avenir, étant donnée l'orientation de la science vers les études qui ont trait à la bactériologie et à la pathologie exotiques.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 19^e semaine, 946 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1,007) et inférieur aussi à la moyenne ordinaire des semaines de Mai (957). L'état sanitaire est donc devenu satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 15 décès (au lieu de 12 pendant la semaine précédente et de 21 antérieurement). La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 32 décès (chiffre très voisin de la moyenne des semaines de Mai, 31). La scarlatine a causé 3 décès (chiffre identique à la moyenne); la coqueluche 11 (moyenne 8), et la diphtérie 13 (moyenne 16).

La grippe a encore causé 20 décès.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Blet, médecin de la Chambre des députés, décédé jeudi à l'âge de cinquante-huit ans.

Étranger.

— M. Otto Hildebrand, de Berlin, est nommé professeur de chirurgie à l'Université de Bâle.

— M. Bruno Henneberg est nommé privat-docent d'anatomie à la Faculté de médecine de Giessen.

— M. Korowin est nommé médecin des enfants à la Cour impériale de Russie.

— M. Georges Assaky vient de mourir à Bucharest des suites d'une maladie de cœur à l'âge de quarante-cinq ans.

— Le premier Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances se tiendra à Bruxelles du 25 au 28 Septembre 1899. Les questions médicales inscrites seront soumises à une discussion strictement scientifique. Aucune communication d'un autre ordre ne sera admise.

— Un jeune médecin autrichien, pour attirer la clientèle avait cru pouvoir mettre sur sa plaque « opérateur émérite ». Un stage à la clinique chirurgicale du professeur Schauta, de Vienne, lui conférait ce droit, paraît-il. Tel n'a pas été l'avis du Tribunal administratif de la Basse-Autriche, qui a enjoint au jeune praticien d'effacer cette qualification, un élève d'une clinique chirurgicale ne pouvant être considéré comme fondé à prendre le titre d'opérateur.

BIBLIOGRAPHIE

Michaut. — *Pour devenir médecin*. 1 vol. in-18, de 192 pages avec figures. Prix : 4 fr. (SCALIGOUX frères, éditeurs).

J. Thouvenin. — *Etude des rétrécissements infra-ombilicaux de l'urètre*. Broch. in-8^o raisin de 56 pages (JOYEY et BOYER, éditeurs).

Eug. Druon. — *Neoplasmes kystiques de l'utérus, cysto-fibromes, cysto-sarcomes, etc.* Broch. in-8^o raisin, de 104 pages (A. MALOINE, éditeur).

C. Hillemand. — *Organothérapie ou Opothérapie*. Broch. in-16, de 56 pages (G. STEINHEIL, éditeur).

Paul Schoeber. — *Dictionnaire médical des Langues française et allemande*. Tome I. Dict. français-allemand. 1 vol. in-8 raisin, de 176 pages. Cartonné à l'anglaise. Prix : 5 fr. 50 (HAART et STEINERT, éditeurs).

Paul Triaire. — *Récarnier et ses contemporains (1774-1832)*. Etude d'histoire de la médecine aux XVIII^e et XIX^e siècles. 1 vol. in-8^o raisin, de 472 pages. Prix : 10 fr. (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

Roque. — *Les Glycosuries non diabétiques*. 1 vol. in-16 carré, de 100 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 4 fr. 50 (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

P. Brouardel. — *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*. 1 vol. in-8^o raisin, de 564 pages. Prix : 12 fr. (J.-B. BAILLIÈRE et FILS, éditeurs).

G.-H. Roger. — *Introduction à l'étude de la médecine*. 1 vol. petit in-8^o de 950 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 7 fr. (GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs).

M^{lle} G. Déga. — *Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation*. Broch. in-8^o raisin, de 96 pages. Prix : 3 fr. (FÉLIX ALCAN, éditeur).

Voronoff. — *Manuel pratique d'opérations gynécologiques*. 1 vol. in-8^o raisin, de 390 pages, avec 100 figures. Prix : 7 fr. (OCTAVE DOIN, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARTELUS, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
 Par enterrée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, PARIS ET PHARMACIES.

CONSTIPATION

RICINOSE GAUTHIER

au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 3 pilules matin et soir.
Laxatif 4 pilules matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules: 3 fr. — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

HÉMORRHAGIES LYPHATISME
ANÉMIE CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

Préparé par

MORUINE SOUQUE E. FALIERES

Huile de foie de morue synthétique

Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, dilués, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIERES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE

Mieux absorbé et mieux toléré que la sulfate de quinine. Aussi puissant comme antifebrile. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.

Sous trois formes: CACHETS..... FALIERES, à 0gr.25 / De Glicérophosphate de Quinine pur
 PILULES..... FALIERES, à 0gr.10
 SUPPOSITOIRES FALIERES, à 0gr.25

Officiellement adopté dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1876, 1885, 1888 et 1889.

Vin de Peptone Catillon PEPTONE CATILLON

30 gr. viande, 0.40 Glicérophosphate par verre à madère.

Rétablit les forces, l'appétit, les digestions. Très utile à tous les malades affaiblis. Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consommations, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté. Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuill. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum. Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS: « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ et CHIMIQ-PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHUX, directeur, 1, rue Cassette.

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la Machine à écrire "REMINGTON", n° ?

Caractères "PICA" — Clavier médical.

Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser : WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS

1° Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant :

Teinture de Belladone	àà 5gr
Alcoolature de Racines d'aconit	
2° Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de :	
Alcool à 90°	100gr
Salol	4gr
Saccharine	0gr 50
Teinture de vanille	à
Essence de menthe	àà X gr ¹⁰⁰
Carmin pulvérisé qs pour colorer	

3° Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

LE TRAUMATOL

(Iodocrésine)

Le TRAUMATOL est supérieur à l'Iodoforme qu'il remplace avantageusement. Il est sans odeur, ni caustique, ni toxique.

Le TRAUMATOL est employé avec le plus grand succès par les chirurgiens des hôpitaux et a été l'objet d'un rapport à la Société de Chirurgie, et après expériences concluantes, adopté par le Conseil de Santé de la Marine.

Le TRAUMATOL s'emploie sous forme de Poudre, Gaze, Ovules, Vaseline, Collodion, Crayons, Glycérine, Emplâtres.

DÉPOT : Pharmacie A. CHEVRIER, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, Faub. Montmartre, Paris.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE Secrétaire général
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — **P. DESFOSSÉS** Secrétaire adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

OBÉSITÉ HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE; MORT PAR INSUFFISANCE CARDIAQUE, par M. A. CHAUFFARD. 241

ÉRUPTIONS BROMURIQUES ET IODURIQUES GRAVES, par M. H. MALHERBE (avec 1 figure en noir). 243

MÉDECINE PRATIQUE

La sensibilité du foie à la palpation, par M. FRANZ GLÉNARD. 245

ANALYSES

Pathologie générale: Charbon multiple de l'estomac, par M. V. P. NIKOLICHOUV. — Etude sur la pathogénie des thromboses veineuses infectieuses, par M. JAKOVÉK.
Médecine: Gomme de l'artère pulmonaire avec rétrécissement consécutif du vaisseau, par MM. A. N. KASEKI BEK et TH. N. TCHAROUKINE. 248
Obstétrique et gynécologie: Du papillome des trompes de Fallope, par M. D. J. SCHIRGHOFF. 248

Congrès de Berlin. 201

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine: Introduction physiologique à l'étude de la sympathéctomie chez l'homme dans la maladie de Basedow, M. FR. FRANCK. — Le massage oculaire dans l'hypermétropie, MM. DOMIC et DARIEN. — Modes d'explorations de l'estomac par les rayons X, M. FOUVEAU DE COURMELLE. 202

Société de biologie: Injections de strychnine chez les cobayes tétaniques, M. ROGER. — Forme hépato-mégarique de la cirrhose hypertrophique avec ictere chronique, MM. A. GILBERT et CASTAIGNE. — Sur l'échauffement d'un seul organe du corps, M. LÉPINE. — Injection sous-arachnoïdienne de cocaïne chez le chien, M. STUART. — Tétanos splanchinque, M. J. BINOT. — Sur les effets cardio-vasculaires des composés vanadiques, MM. HALLOUX et LABAN. — Automatisme, période réfractaire et inhibition des centres nerveux des insectes, M^{lle} M. POMPILIAN. — Sur l'acidité du suc gastrique, M. TROUIN. 202

Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie (session de 1899). (Suite.)

Communications: Un cas de papillome multiple des amygdales palatines et un cas de papillome de l'amygdale linguale, MM. A. RAULT et L. HOCHÉ. — Sinusite frontale aiguë purulente, d'origine traumatique, compliquée d'abcès sous-périoste et d'un vaste abcès extra-dural avec thrombose de l'origine du sinus longitudinal supérieur; trépanation sinusocrânienne; guérison, M. G. LAURENS. — Chancre syphilitique du larynx, M. SARRÉMANE. — Du tubage de l'oreille moyenne dans l'évide-

ment péro-mastoldien, M. MALHERBE. — Phlébite suppurée du sinus latéral; ligature de la veine jugulaire; évidement du rocher, M. GEORGES LAURENS. — Traitement rationnel de l'hydrorrhée nasale, M. LERMOYER. 203

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 31 Mai 1899, à 1 heure. — M. MARTIN: Contribution à l'étude de la polyurie chez les cardiaques; MM. Potain, Tillaux, Delbet, Widal. — M. SAUGER: Contribution à l'étude des épilépthes consécutives à la cure radicale des hernies; MM. Tillaux, Potain, Delbet, Widal.

Jepdi 1^{er} Juin 1899, à 1 heure. — M. BRIENS: Synovites tuberculeuses des péroniers, atéraux; MM. Guyon, Raymond, Albarran, Roger. — M. MONNIER: Des méningites tuberculeuses en plaques à forme torpide; MM. Raymond, Guyon, Albarran, Roger. — M. VAST: Action de la toluénédiamine sur les globules rouges; contribution à l'étude de l'hématolyse; MM. Ch. Richef, Debove, Marfan, Langlois. — M. DELAMARE: La glycosurie phlohydrique; son application à l'exploration des fonctions rénales; MM. Debove, Ch. Richef, Marfan, Langlois. — M. FÉREL: De la fièvre dans le cancer; MM. Hutinel, Rémy, Lannois, Achard. — M. BIZÉ: Action des sérums thérapeutiques, sérum de Roux, sérum de Marmorek sur les globules sanguins; MM. Hutinel, Rémy, Lannois, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 Mai 1899. — 4^e (1^{re} série): MM. Hayem, Dupré, André. — 4^e (2^e série): MM. Ch. Richef, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 1^{er} Chirurgien-dentiste: MM. Poirier, Retterer, Sebileau. — 5^e (Première partie), (1^{re} série) Chirurgie, Hôtel-Dieu: MM. Delens, Blum, Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu: MM. Reclus, Humbert, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu: MM. Fournier, Lancereaux, Méry.
Mardi 30 Mai 1899. — 4^e (1^{re} série): MM. Pouchet, Charrin, Vaquez. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie. Salle de Matière médicale: MM. Debove,

Chantemesse, André. — 1^{er} Chirurgien-dentiste: MM. Quénu, Gley, Thiéry. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité: MM. Guyon, Panas, Faure. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité: MM. Raymond, Troisier, Achard. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité: MM. Jaccoud, Dieulafoy, Roger. — 5^e (Première partie) Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.
Mercredi 31 Mai 1899. — 4^e (1^{re} série): MM. Fournier, Pouchet, Wurtz. — 4^e (2^e série): MM. Gautier, Lancereaux, Gilles de la Tourette. — 4^e (3^e série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Hanriot, Gaucher, Méry. — 1^{er} Chirurgien-dentiste: MM. Ch. Richef, Poirier, Sebileau. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker: MM. Terrier, Humbert, Lejars. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker: MM. Blum, Walter, Legueu. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Hayem, Teissier, Dupré.

Jepdi 1^{er} Juin 1899. — 4^e (1^{re} série): MM. Chantemesse, Thiroloix, André. — 4^e (2^e série): MM. Hanriot, Vaquez, Wurtz. — 4^e (3^e série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Troisier, Ménétrier, Desgrez.

Vendredi 2 Juin 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque: MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 4^e (1^{re} série): MM. Pouchet, Widal, Gilles de la Tourette. — 4^e (2^e série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Hayem, Wurtz, André. — 1^{er} Chirurgien-dentiste: MM. Hayem, Retterer, Sebileau. — 5^e (Deuxième partie), (1^{re} série), Hôtel-Dieu: MM. Potain, Dupré, Méry. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu: MM. Joffroy, Lancereaux, Gaucher. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié: MM. Reclus, Walthier, Broca (Aug.). — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Pitié: MM. Humbert, Delbet, Broca (Aug.).

Samedi 3 Juin 1899. — 4^e Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Pouchet, Roger, Langlois. — 1^{er} Chirurgien-dentiste: MM. Gley, Quénu, Poirier. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité: MM. Rémy, Le Dentu, Albarran. — 5^e (2^e série), Charité: MM. Dieulafoy, Widal, Lannois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker: MM. Berger, Richefot, Thiéry. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Joffroy, Troisier, Thiroloix. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

LE CONGRÈS DE BERLIN

Hier mardi a eu lieu, en présence de S. M. l'Impératrice d'Allemagne, l'ouverture du Congrès de la tuberculose, sous la présidence du chancelier de l'Empire.

Les ministres Bosse et Posadowski, le bourgmestre de Berlin ont prononcé les discours d'ouverture.

La question principale traitée au Congrès devant être celle des sanatoriums populaires, des délégués ouvriers ont été conviés à la séance d'ouverture du Congrès. Celui-ci s'ouvre d'ailleurs sous les meilleurs auspices.

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

SAINT-GALMIER BADOIT

CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA: Tonique vasculaire.

L'HYGIÈNE SCOLAIRE, par les docteurs LABIT et H. POLIN, médecins-majors, lauréats de l'Académie de médecine, membres de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.
Tome 1^{er}: Le milieu scolaire. Prix: cartonné 5 francs. Tome II: Les maladies scolaires. Prix: cartonné 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, Éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VICHY-CÉLESTINS

"NEUROSINE PRUNIER" — Reconstituant général.

Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Etudiants, GRATIS. Ecrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

CARABANA PURGE GUÉRIT

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
RECONSTITUANT GÉNÉRAL
PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

GUILLIERMOND SIROP IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU
VII^e ANNÉE. T. I. — N° 41, 24 Mai 1899.

Jeux auspices, un don de 3 millions de marks ayant été fait par le député Heyl, grand industriel allemand, à l'œuvre des sanatoriums populaires.

En présence des ministres, une Exposition d'hygiène était inaugurée lundi dernier. Dans la séance d'ouverture, le professeur von Leyden a montré ce qu'étaient les ravages produits par la tuberculose à notre époque, et s'est étendu principalement sur les moyens que l'hygiène met à notre disposition pour lutter contre le terrible fléau.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

23 Mai 1899.

Introduction physiologique à l'étude de la sympathéctomie chez l'homme dans la maladie de Basedow. — M. Fr. Franck. En m'appuyant tant sur les données classiques que sur mes propres recherches, j'ai étudié quels effets produit exactement la suppression du sympathique cervical sur la circulation du corps thyroïde, sur celle du cerveau, sur l'appareil oculaire et sur le cœur.

J'ai cherché, en outre, à établir qu'indépendamment des effets directs produits par la sympathéctomie sur chacun de ces appareils, on supprime des voies à peine connues de transmission sensitive.

Je crois pouvoir conclure :

1° Le cordon cervical du sympathique agit comme un nerf propulseur du globe oculaire, grâce à son action sur le muscle de Müller, et non par son action vasodilatatrice rétroculaire qui n'est pas démontrée.

2° Ce nerf agit sur la circulation intra-oculaire à la fois comme constricteur et comme dilateur des vaisseaux. Sa section diminue la tension intra-oculaire et peut intervenir utilement dans le glaucome.

3° Le sympathique cervical n'agit pas comme vasodilatateur thyroïdien; il fait contracter les vaisseaux du corps thyroïde. Sa section ne peut qu'ajouter une vasodilatation paralytique à la congestion active du goitre exophtalmique. Les nerfs vasodilatateurs, thyroïdiens, sont contenus dans les nerfs laryngés surtout dans le supérieur, nerf qui échappe aux tentatives de résection.

4° Aucune expérience n'a démontré l'action excito-sécrétoire thyroïdienne du sympathique. La résection de ce nerf n'agit vraisemblablement pas pour atténuer la sécrétion thyroïdienne, du moins d'une façon directe.

5° L'action vaso-constrictive cérébrale du sympathique n'est pas douteuse. Son action vasodilatatrice cérébrale n'est encore qu'hypothétique. Par suite, la section du cordon cervical ne peut qu'activer le courant sanguin cérébral. Le bénéfice qu'on en peut retirer au point de vue des accidents de la maladie de Basedow et de l'épilepsie nous semble au moins problématique.

6° Le sympathique cervical n'agit pas directement sur les vaisseaux protubérantiels bulbaire et spinaux supérieurs. C'est au nerf vertébral qu'est dévolue cette action vaso-motrice. Nous ne connaissons que son influence vaso-constrictive vertébrale; l'effet vasodilatateur direct de ce nerf n'a pas été clairement établi.

7° Les nerfs cardiaques accélérateurs du sympathique ne sont fournis qu'en faible proportion par le cordon cervical; ils émanent en majorité de la région thoracique supérieure; leur suppression n'est dès lors complète que dans l'opération de la résection totale.

8° Tout l'appareil sympathique, tant thoracique que cervical superficiel et profond, est doué de la sensibilité directe et transporte au bulbe et à la moelle cervico-dorsale, par des nerfs centripètes, les excitations provenant surtout du cœur et de l'aorte. Il nous paraît logique de penser que la résection du sympathique agit au moins autant pour supprimer la transmission vers les centres d'excitations anormales d'origine cardio-aortique que pour supprimer des influences centrifuges, thyroïdienne, encéphalique et cardiaque.

Les irritations aortiques et cardiaques, tout comme celles du sympathique, sont capables de provoquer un ensemble de réactions circulatoires qui rappellent les accidents de la maladie de Basedow, y compris la vasodilatation thyroïdienne. Par suite, la résection totale du sympathique pourrait intervenir utilement tout au moins dans la forme réflexe grave d'origine aortique. Mais nous n'avons pas à apprécier la valeur clinique de la sympathéctomie, désirant nous borner à fournir aux cliniciens des indications dont ils pourront ensuite tirer parti.

Le massage oculaire dans l'hypermétropie. — MM. Domec et Darier. Le massage oculaire est capable de diminuer notablement l'hypermétropie et de stimuler l'accommodation au point que bien des hypermétropes sont arrivés à se passer de verres.

Dans le strabisme hypermétropique, l'œil amblyope pourrait même être amélioré au point que la vision binoculaire deviendrait possible et que la guérison du strabisme aurait beaucoup plus de chance d'être définitive.

Chez certains myopes, l'acuité visuelle serait notablement améliorée.

Enfin, le massage peut améliorer la vision des malades atteints d'affection chronique, notamment de glaucome, ou la tension oculaire est très abaissée par ce traitement.

Modes d'explorations de l'estomac par les rayons X. — M. Foveau de Courmelles a employé chez l'homme la méthode de Balthazard et Roux, jusqu'ici employée seulement avec succès chez les animaux de petite taille, l'ingestion de sous-nitrate de bismuth avec les aliments. Chez un homme de cinquante ans, il a obtenu, après l'ingestion de sous-nitrate de bismuth, une épreuve radiographique très nette de l'estomac.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

20 Mai 1899.

Injections de strychnine chez les cobayes téaniques. — M. Roger. En injectant à des cobayes téaniques de petites doses de strychnine, on détermine chez ces animaux des convulsions souvent mortelles, alors que des animaux neufs, recevant les mêmes quantités d'alcaloïde, ne présentent aucun trouble. Si l'on opère sur un cobaye inoculé de tétanos dans les muscles de la cuisse, on constate que l'intoxication strychnique se traduit d'abord par des secousses dans les membres postérieurs; puis ceux-ci se raidissent; l'animal se met à courir; ses membres antérieurs restés indemnes, traînent la partie postérieure qui est immobile et maintenue surélevée par les contractures musculaires; enfin la strychnine se généralise et le corps entier est pris de convulsions.

Si la toxine tétanique a été déposée dans une épaule, ce sont les membres antérieurs qui sont tout d'abord atteints par la strychnine. Les animaux courent avec leurs pattes postérieures qui, restées libres, poussent en quelque sorte la partie antérieure contractée. Mais les membres antérieurs ballent à chaque instant et provoquent des chutes, bientôt suivies de convulsions généralisées.

On peut donc conclure que le tétanos détermine une hyperexcitabilité étendue à tout l'axe médullaire, mais surtout marquée dans la région correspondant au point inoculé. C'est du moins ce qui a lieu dans les formes aiguës; car, dans les formes chroniques, les faibles doses de strychnine agissent seulement à la contraction des membres atteints; mais, pour provoquer des convulsions ou amener la mort, il faut injecter la même quantité que chez un animal neuf.

Si l'étude de la strychnine est intéressante au point de vue théorique, l'étude du chloral présente quelque importance pratique. Le tétanos modifie fort peu la sensibilité au chloral; le plus souvent, les téaniques se comportent comme les animaux neufs; ils s'endorment et s'éveillent en même temps. Le chloral ne peut être considéré comme un médicament antitétanique; jamais il n'a prolongé l'existence des animaux; il peut, au contraire, abrégé leur vie lorsqu'on l'administre à une période avancée de l'intoxication tétanique aiguë.

Forme hépatomégalye de la cirrhose hypertrophique avec icteré chronique. — MM. A. Gilbert et Castaigne. La maladie de Hanot est essentiellement caractérisée par de l'ictère chronique avec augmentation considérable du volume du foie et de la rate. A côté de cette forme commune de la cirrhose hypertrophique avec icteré chronique, Gilbert et Fournier ont isolé un type bien spécial, la forme splénomégalye, dans laquelle, tandis que le foie est très peu touché, l'augmentation du volume de la rate est le symptôme prédominant. Deux observations que nous venons de recueillir nous permettent d'établir l'existence d'un autre type clinique de cirrhose biliaire que nous appelons forme hépatomégalye, par opposition à la forme splénomégalye, et pour faire entendre que, dans ces cas, l'hypertrophie du foie est le symptôme prédominant, tandis que manque la tuméfaction splénique. Nos deux observations sont caractérisées par ce fait essentiel, que la rate n'est pas augmentée de volume, malgré l'existence d'une cirrhose hypertrophique biliaire, affirmée par la clinique dans un cas, vérifiée anatomiquement dans l'autre. Ces faits nous semblent présenter, outre leur intérêt clinique, une réelle valeur au point de vue pathologique. L'hypertrophie de la rate avait été considérée par certains auteurs comme la condition sine qua non de la maladie de Hanot. Nos observations, dans lesquelles le volume de la rate est normal, montrent bien que la splénomégalye, puisqu'elle peut manquer, n'est pas la condition essentielle de la maladie. Si l'on nous objecte que le rôle primordial de la rate, dans la maladie de Hanot, est prouvé par l'existence de la forme splénomégalye, nous répondons que dans ces cas nous avons toujours noté de l'ictère et un certain degré d'hypertrophie hépatique. On voit donc bien la différence essentielle au point de vue de leur valeur pathologique des deux formes hépatomégalye et splénomégalye; dans l'une, la rate reste de volume normal, ce qui prouve bien que son hypertrophie n'est qu'un élément secondaire; dans l'autre, la tuméfaction de la rate est considérable, ce qui montre l'intensité de la réaction splénique devant le processus toxique infectieux; mais le foie est cependant toujours atteint d'angiocholite qui, pour nous, est la condition de toute cirrhose hypertrophique biliaire.

Sur l'échauffement d'un seul organe du corps. — M. Lépine (de Lyon). Il est possible de réchauffer un seul organe chez l'animal vivant. La rate, après laparotomie chez le chien, est grâce à l'élasticité de son pédicule, attirée au dehors, entourée d'une calotte dans laquelle on fait circuler de l'eau chaude, et maintenue ainsi durant un certain temps à une température plus ou moins élevée. Dans ces conditions, apparaissent dans la veine splénique des modifications du milieu sanguin; et les animaux soumis à ce traitement peuvent aisément supporter des doses de toxine typhique, mortelles rapidement pour des chiens témoins.

Injection sous-arachnoïdienne de cocaïne chez le chien. — M. A. Sicard. Continuant avec la cocaïne la série de nos expériences sur les injections sous-arachnoïdiennes chez le chien, nous avons obtenu les résultats suivants. Par voie lombaire, l'inoculation dans 2 centimètres cubes d'eau de 1/2 à 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne par kilogramme d'animal amène rapidement en trois à quatre minutes, une anesthésie du train postérieur; l'anesthésie gagne successivement, méthodiquement, pour ainsi dire, les flancs, le thorax, le train antérieur, la tête, pour devenir complète en quinze à vingt minutes. Cette anesthésie persiste durant une ou deux heures, en dehors de tout trouble notable de la respiration et de la circulation, et de tout phénomène convulsif, hallucinatoire ou délirant; elle s'accompagne de troubles moteurs toujours moins marqués que les troubles sensitifs. Par voie sous-arachnoïdienne crânienne, la même dose de cocaïne, chez un chien de même poids, produit les secousses convulsives généralisées, de grandes crises épileptiformes avec écume aux lèvres, incontinence des sphincters, hallucinations terrifiantes. Ces phénomènes passagers d'excitation laissent place parfois, suivant la dose injectée, et le point d'inoculation, à des anesthésies mal réparties, rarement généralisées. Ces expériences confirment nos recherches antérieures sur la différence d'action des substances actives inoculées sous l'arachnoïde crânienne ou rachidienne, et sur le rôle joué par les espaces ou le liquide céphalo-rachidiens; elles montrent l'intérêt qu'offre aux physiologistes la voie sous-arachnoïdienne dans l'étude de certains toxiques, et la possibilité, comme l'a montré M. Bier, d'utiliser chez l'homme l'injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne.

Tétanos splanchique. — M. J. Binot. Nous avons cherché expérimentalement comment se comporte le tétanos du cobaye, quand on fait varier le point de pénétration de la toxine.

Nous avons successivement injecté le poison tétanique dans les divers viscères : testicule, utérus, estomac, poumon, etc., et nous avons constaté que dans tous ces cas, on déterminait chez l'animal un tétanos spécial, à symptômes très caractéristiques, que nous appelons tétanos splanchique, pour le distinguer du tétanos ordinaire avec contractures.

La dose de toxine mortelle introduite dans les organes est à peu près la même que celle qui tue sous la peau.

Mais l'incubation du tétanos splanchique est bien plus longue, et sa marche beaucoup plus rapide une fois les premiers symptômes apparus.

Il est facile de prévenir la maladie si l'on injecte du sérum anti-tétanique en même temps que la toxine.

Dans le cas d'injection dans le diaphragme, le sérum introduit sous la peau n'empêche pas la mort, même s'il est donné immédiatement après la toxine. L'injection du sérum dans le cerveau, faite quatre heures après celle de la toxine dans le diaphragme, permet d'enrayer la maladie.

La dose de toxine mortelle est donc très variable, suivant le lieu et le mode de l'injection. Si on répartit la toxine en divers points (soit par exemple en 10 piqûres) une dose 10 fois moindre amènera sûrement la mort. De sorte que, suivant le mode d'injection, la dose mortelle varie de 1 à 10.

Si au lieu de faire les injections dans des points éloignés les uns des autres, on les accumule dans une même patte, les choses se passent comme si on faisait une injection unique, car le poison aborde la moelle par une seule voie : les nerfs de la patte injectée.

Sur les effets cardio-vasculaires des composés vanadiques. — MM. Hallion et Laran. Nous avons, au cours de nos expériences chez les animaux, enregistré les effets des composés vanadiques sur la circulation. Nous avons constaté des modifications de la pression artérielle, hypertension bientôt suivie d'une hypotension très marquée, phénomènes cardio-vasculaires qui montrent le danger que peut présenter ce médicament.

Automatisme, période réfractaire et inhibition des centres nerveux des insectes. — M^{lle} M. Pompidou. Des expériences faites sur le dytique, il résulte qu'on peut faire sur le rôle des ganglions nerveux des insectes les conjectures suivantes :

1° A l'état normal, des excitations inhibitoires, partant des ganglions supérieurs (sus et sous-œsophagiens) arrêtent l'automatisme des ganglions de la chaîne thoracique. Ce qui est démontré :

a) Par le fait qu'après l'ablation des ganglions œsophagiens il y a des mouvements automatiques dans les segments inférieurs.

b) Par le fait que l'excitation électrique des ganglions

thoraciques arrête ces mouvements automatiques, comme si elle jouait le même rôle inhibiteur des centres supérieurs.

2° Il existe une sorte de *periode réfractaire*, car après les contractions spontanées, l'excitabilité est, pendant un temps, diminuée ou même complètement abolie.

Sur l'acide du suc gastrique. — M. Trouin expose le résultat de ses recherches à ce sujet, et conclut que le suc gastrique pur doit son acidité à l'acide chlorhydrique libre.

A. SICARD.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1899.

(Suite).

Un cas de papillome multiple des amygdales palatines et un cas de papillome de l'amygdale linguale. — MM. A. Raoult et L. Hoche (de Nancy). Un enfant de six ans, porteur de végétations adénoïdes, présentait de volumineuses amygdales obstruant l'orifice pharyngien; ces amygdales, parsemées de masses pédiculées papillaires ou polypeuses. Les ganglions cervicaux d'abord tuméfiés, ne furent bientôt plus perceptibles.

D'après les considérations cliniques et l'étude anatomopathologique, appuyée par plusieurs photographies microscopiques, les auteurs : 1° constatent l'influence de la gêne de la respiration nasale et l'infection du pharynx dues aux végétations adénoïdes, sur le développement des papillomes de l'amygdale; 2° reconnaissent avec M. Wyatt-Wingrave la production de ces formations aux dépens de la surface de l'amygdale ou aux dépens de l'intérieur des cryptes amygdaliennes, donnant lieu à la genèse d'hyperplasies inflammatoires papillaires (papillome vrai de Wyatt-Wingrave) et de polypes lymphoïdes (papillomes faux de Wyatt-Wingrave); 3° ils proposent d'abandonner la dénomination trompeuse de papillome pour adopter celle à la fois étiologique et anatomique d'*amygdalite papillomateuse et polygoïde*.

Le deuxième cas a trait à une amygdalite papillomateuse fibreuse observée chez un homme de quarante-trois ans au niveau de l'amygdale linguale.

Sinusite frontale aiguë purulente, d'origine traumatique, compliquée d'abcès sous-périoste et d'un vaste abcès extra-dural avec thrombose de l'origine du sinus longitudinal supérieur; trépanation sinus-ocranienne; guérison. — M. Georges Laurens (de Paris). L'auteur présente une fillette de dix ans qui, après une chute sur le front au cours d'un coryza aigu, fut atteinte de sinusite frontale gauche avec abcès sous-périoste et d'un abcès extra-dural, véritable lac purulent recouvrant les deux lobes frontaux.

L'enfant, qui avait 40% du délire, des convulsions généralisées, fut opérée d'urgence; une large craniectomie fut pratiquée et la malade est actuellement guérie.

C'est le second cas de ce genre, observé et opéré par l'auteur. La seconde malade avait cinq abcès superposés : un sous-cutané, un sous-périoste, une sinusite frontale, un abcès extra-dural et un abcès du cerveau. Malgré une large intervention, la malade, qui était dans le coma depuis deux jours, mourut quelques heures après.

Chancre syphilitique du larynx. — M. Sarramane (de Paris) publie l'observation d'un chancre syphilitique du larynx, développé sur la bande ventriculaire droite. C'est un des premiers cas décrits.

Le diagnostic de chancre syphilitique du larynx se fait difficilement par lui-même, et, le plus souvent, ce sont les manifestations consécutives qui le font reconnaître. Dans le cas actuel, la manifestation la plus caractéristique a été celle de l'adénite, et, plus tard, la roséole.

Du tubage de l'oreille moyenne dans l'évidement pétrorhinoïdien. — M. Malherbe (de Paris) présente une modification qu'il a apportée à sa technique opératoire de l'évidement pétrorhinoïdien sous le nom de *tubage de l'oreille moyenne*. Pour comprendre la valeur de cette modification, il faut savoir que, dans la majorité des affections désignées sous le nom d'otite moyenne chronique sèche, il y a résorption des cavités du système tympano-mastoïdien, d'où diminution des vibrations sonores. Qu'il s'agisse de lésions congénitales, de lésions suppurées anciennes, de lésions sclérotées, soit se développant d'emblée, soit succédant à des lésions inflammatoires anciennes, la gouge trouve une obphyse dure, éburnée, l'autre réduit de volume, l'aditus obitéré, plus de muqueuse; en un mot, il y a résorption des cavités pneumatiques de l'oreille par un processus sclérotisant. Dans ces cas, il faut pratiquer l'évidement avec tubage qui assure d'une façon plus complète le fonctionnement de l'annexe pneumatique de l'oreille.

Dans les lésions catarrhales qui n'ont pas subi la dégénération scléreuse, l'évidement doit avoir surtout pour but de rétablir le fonctionnement des organes de transmission par la destruction des adhérences et la libération de la caisse.

Dans tous les autres cas, au contraire, M. Malherbe

pratique, après l'évidement osseux, une communication entre les cavités tympano-mastoïdiennes et l'air extérieur, à l'aide d'un petit tube en celluloid pur, incurvé en forme d'U. Aseptisé par les vapeurs de formol, ce tube est placé par l'une de ses extrémités dans l'autre; l'autre extrémité, taillée en biseau, sort dans le conduit auditif externe, la concavité du tube emboîtant le bord antérieur osseux de l'apophyse.

Le reste de l'opération est terminé comme d'habitude. Le malade est entièrement guéri le dixième jour.

Chez tous les opérés, le tube a toujours été parfaitement toléré, ne procurant aucune gêne; il est absolument invisible extérieurement.

Ce procédé spécial donne des résultats supérieurs à l'évidement simple dans tous les cas d'otite à lésions sclérotées et à ostéite condensante.

Dans les formes hyperplastiques de l'otite, il faut donner la préférence à l'évidement pétrorhinoïdien sans tubage.

Phlébite suppurée du sinus latéral; ligature de la veine jugulaire; évidement du rocher. — M. Georges Laurens (de Paris). C'est le cinquième malade auquel l'auteur a dû pratiquer la ligature de la jugulaire.

Le premier malade était un enfant, porteur d'une vieille otite ayant provoqué une ostéite diffuse de l'apophyse, une phlébite suppurée du sinus latéral et un vaste abcès extra-dural péri-cérébelleux.

Le second avait une pyélobémie d'origine otique, consécutive à une phlébite suppurée de la veine mastoïdienne.

Le troisième était atteint d'ostéite diffuse de la mastoïde avec sinusite suppurée et vaste abcès péri-cérébelleux.

Le quatrième offrait une thrombose pariétale du sinus et succomba à un abcès du cerveau.

Le malade, que l'auteur montre à la Société, avait une mastoïdite, suite d'otite. Au cours de la trépanation, on ouvrit le sinus latéral, et cet accident détermina une phlébite suppurée, caractérisée par de la fièvre, des frissons, une céphalalgie atroce. C'est dans ces conditions que M. Laurens examine le malade; il pratique la ligature de la jugulaire, fait l'évidement du rocher et curette le sinus dans la direction du pressoir.

Traitement rationnel de l'hydrorrhée nasale. — M. Lermoyez (de Paris). Une synthèse, aujourd'hui généralement admise, classe sous un même vocable de coryza spasmodique toutes les manifestations nasales à forme paroxystique caractérisée par des crises d'éternuement, de l'obstruction à bascule, de l'hydrorrhée, du larmoiement, et, parfois, de l'asthme; peu importe que ces accidents soient périodiques, comme la fièvre des foins, ou a périodiques, comme la fièvre nasale. Cette synthèse une paraît trop artificielle; il y a un réel intérêt thérapeutique à la dissocier. D'un côté, doit prendre place la fièvre des foins, d'origine nettement exogène, où l'organisme est troublé par l'excitation extérieure d'une muqueuse nasale hyperesthésiée. Ailleurs doit se ranger le coryza spasmodique a périodique, et surtout sa forme hydrorrhéique, dont les accès sont généralement spontanés et traduisent, comme le ferait un accès de migraine ou une crise de diarrhée, la décharge morbide de l'économie sur une pituitaire plus ou moins saine. Dans le premier cas, on conçoit que le traitement local donne d'excellents résultats; dans l'hydrorrhée nasale d'origine endogène, il échoue, au contraire, le plus souvent.

L'hydrorrhée nasale n'est pas chose rare, comme le croyaient les auteurs américains qui, les premiers, l'avaient décrite; elle est, au contraire, une infirmité très répandue dans la classe arthritique, et j'en apporte une quarantaine d'observations personnelles recueillies en peu d'années.

Le traitement de cette affection n'a donné jusqu'ici que de médiocres résultats, et cela pour avoir été conduit trop empiriquement. Or, l'étude de la pathogénie et surtout de la physiologie pathologique de cette affection m'a mené à une thérapeutique plus rationnelle, féconde en ses résultats.

Au point de vue pathogénique, il y a lieu d'étudier les relations qui unissent l'hydrorrhée nasale : 1° aux troubles de l'état général; 2° aux lésions nasales.

Chez presque tous les hydrorrhéiques on trouve les manifestations les plus nettes de l'arthritisme; ces malades dérivent d'une source goutteuse et sont eux-mêmes rhumatisants, migraineux, etc. Leur système nerveux est déséquilibré; ce sont des néuro-arthritiques types; de plus, l'influence de l'état général sur l'hydrorrhée nasale s'affirme par les suppléances qui s'établissent brusquement entre celle-ci d'une part, et d'autre part la toux, l'asthme, la migraine, la diarrhée. On voit soudainement une hydrorrhée nasale, qui avait résisté à tous les traitements locaux, cesser quand reparait une série de migraines.

Au contraire, les lésions nasales sont loin d'être constantes chez les hydrorrhéiques; et, quand elles existent, elles sont, non pas la cause, mais certainement l'effet de l'écoulement nasal. Ces lésions (dégénérescence polygoïde, macération de la pituitaire, etc.) sont, au même titre que l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, le résultat de l'irritation des tissus par le passage des sécrétions nasales; ce qui le prouve, c'est que ces lésions disparaissent spontanément quand, par un traitement général, on tarit l'hydrorrhée.

La physiologie pathologique de ces accidents con-

siste en une excitabilité anormale du trijumeau nasal. Expérimentalement, l'intoxication par la muscarine reproduit l'hydrorrhée nasale en excitant les filets sécrétoires contenus dans les branches du nerf maxillaire supérieur qui se rendent au nez. Et l'obstruction nasale qui l'accompagne a pour cause l'excitation des filets vaso-dilatateurs découverts dans ce tronc nerveux par Jollyet et Lafont; les étournements faciles confirment l'hyperesthésie de ces nerfs.

De ces notions dérive un *traitement rationnel*, le plus souvent suivi de succès. Si, jusqu'ici, la thérapeutique a été sans grand effet contre l'hydrorrhée nasale, c'est qu'on s'est contenté soit de vouloir modifier le terrain arthritique qui y prédispose, soit de combattre localement les lésions nasales auxquelles on attribue une importance exagérée. Malgré l'enthousiasme de ceux qui le pronent, il est facile de s'assurer, en critiquant leurs observations, que ce dernier est souvent inefficace; à un effet qui n'est autre que celui de l'attaque à un effet pour modifier une cause. Parfois, cependant, il réussit; mais alors ces bons résultats peuvent s'expliquer de deux manières : 1° tantôt, comme dans le cas de cautérisations limitées ou d'électrolyse interstitielle, il exerce une action inhibitoire, qui suspend pour un temps plus ou moins long l'écoulement nasal, et, dans ce cas, alors même qu'il échoue, il demeure toujours inoffensif; 2° tantôt il se propose de détruire une grande étendue de la pituitaire; ainsi agit la décoloration des cornets ou la turbinotomie. Une telle thérapeutique est, en principe, condamnable, parce qu'elle substitue à une muqueuse souvent normale une muqueuse étiologique pauvre en glandes et en tissu érectile, incapable désormais d'échauffer et d'humidifier suffisamment l'air inspiré.

Je me suis proposé d'agir sur l'hydrorrhée nasale sans vouloir entamer contre la diathèse arthritique une thérapeutique lente et douteuse et sans combattre, de parti pris, les lésions nasales auxquelles j'attribue peu d'importance, mais en tenant compte surtout de la physiologie pathologique de ces accidents. L'atropine, qui exerce une action d'arrêt si puissante sur les filets sécrétoires des nerfs, m'a paru être ici le médicament de choix; mais comme elle ne modifie pas l'action vaso-motrice de ceux-ci et qu'il y a lieu de combattre, en même temps que l'hydrorrhée nasale, le gonflement érectile de la muqueuse qui l'accompagne, je lui adjoints la strychnine, qui a la propriété d'exciter les centres vaso-constricteurs de la muqueuse cervicale, d'où naissent les filets qui, par la voie du sympathique, se rendent aux vaisseaux de la pituitaire.

J'institue le traitement de la façon suivante : pendant une première semaine, le malade prend chaque jour un quart de milligramme de sulfate d'atropine et 2 milligrammes de sulfate de strychnine; pendant la semaine suivante, cette dose est doublée et, dans certains cas rares, je la triple pendant une troisième semaine. Puis le traitement est repris après un repos de dix jours. Sur 26 cas d'hydrorrhée que j'ai ainsi traités, 13 ont pu être suivis pendant longtemps; de ceux-ci, 10 ont obtenu rapidement une guérison définitive, alors que plusieurs d'entre eux avaient été à peine soulagés antérieurement par des opérations intra-nasales. J'en conclus que, dans le traitement de l'hydrorrhée nasale, il faut toujours commencer par mettre en œuvre exclusivement la médication atropino-strychnique et ne se résoudre au traitement local que dans les cas où elle échoue.

(A suivre.)

G. LAURENS.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Le jury est provisoirement constitué ainsi qu'il suit : MM. Bouilly, Lepage, Bar, Boissard, Lucas-Championnière, Thibierge, Reynier. M. Lepage seul n'a pas encore accepté.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Cours et travaux pratiques de bactériologie. — Le cours de bactériologie médicale du laboratoire d'anatomie pathologique de M. le Pr. Cornil commencera le mardi, 6 Juin, à 2 heures, et aura lieu les jours suivants à la même heure (excepté le vendredi), sous la direction de M. Fernand Bezançon, chef du laboratoire.

La peste en Egypte. — Deux cas de peste se sont déclarés à Alexandrie (Egypte). Les mesures sanitaires les plus rigoureuses ont été prises aussitôt et le règlement de quarantaine a été remis en vigueur à Port-Saïd.

L'Italie et la Grèce appliquent la quarantaine aux navires provenant d'Egypte.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Gilbert d'Her court, médecin en chef de la police municipale.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES GARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de
L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Prix : Le Flacon, 1 fr. 25



LE PLUS REMARQUABLE
 AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ CHIMIQUEMENT

Granules de Catillon
 à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE

Tablettes de Catillon à 0fr.25 de corps

STROPHANTUS

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
 Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.

THYROÏDE

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de Catillon, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titré, Stérilisé, Efficacité certaine. Fl. 3 fr.

TUBERCULOSES
 AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
 LA MEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
 L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 3, quai de Retz LYON
 Phosphite de Créosote, synonyme "PHOSPHOTAL" (Déposé)
 Phosphite de Gaïacol, synonyme "GAIACOPHOSPHAL" (Déposé)

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER

au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
 laxatif 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^e GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

Pepsi-Maltose Durand
 GRANULÉE
 Pepsine extractive, Maltine pure
ANOREXIE - GASTRALGIE VOMISSEMENTS
 Se prescrit aux malades auxquels l'alcool est interdit.

Per Martial Bodin
 GRANULÉ
 Oxyde ferro-manganique soluble et Glicérophosphate de soude
ANÉMIE - CHLOROSE PALPITATIONS NERVEUSES

EUQUININE
 Même action thérapeutique que la quinine dans les fièvres, l'influenza, malaria, la fièvre typhoïde, la coqueluche, les névralgies, etc., et comme tonique.
 L'EUQUININE n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la quinine.

VALIDOL
 Analeptique et Antihystérique
 Présente des effets curatifs remarquables dans l'hystérie, la neurasthénie, les affections stomacales; dans ce dernier genre de maladies, il s'adresse surtout à l'anorexie et aux nausées (non exclu mal de mer).

VENTE EN GROS : MAX Frères, 31, rue des Petites-Écuries.
 Dépôts chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
Oxyhémoglobine
 ET
Glycérophosphate de CHAUX
 (IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

CONTRÉ LA NEURASTHÉNIE LA TUBERCULOSE LA CHLORO-ANÉMIE LES CACHEXIES SIROP FRAISSE
 ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
 à l'OXYHÉMOGLOBINE ET au GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 DÉPÔT GRANDE PHARMACIE MOZART 83, Rue Mozart, PARIS
 PRIX: 5 Francs
 MARIUS FRAISSE, Pharmacien 83, RUE MOZART, PARIS

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

ASSOCIATIONS THÉRAPEUTIQUES ANTI-TUBERCULEUSES : CURE DE SANATORIUM, SIMPLE ET ASSOCIÉE, par M. le professeur L. LANDOUZY 249

Congrès pour la lutte contre la tuberculose (tenu à Berlin du 24 au 27 Mai 1899) :

I. Propagation de la tuberculose : Considérations générales sur la propagation de la tuberculose et sur son importance comme maladie endémique, M. KOHLER, rapporteur. — Propagation de la tuberculose en Hongrie, M. KUTNY. — Propagation de la tuberculose en Suisse, M. SCHMID. — Rapport entre les conditions extérieures de la vie et la dissémination de la tuberculose, M. KRIBICKA, rapporteur. — La tuberculose parmi les ouvriers des manufactures de tabac, M. L. BRAUER. — Propagation de la tuberculose et assurance obligatoire, M. GERHARDT, rapporteur. — La tuberculose dans l'armée, M. SCHUBERT, rapporteur. — La tuberculose des animaux domestiques dans ses rapports avec la propagation de la maladie chez l'homme, M. BOLLINGER, rapporteur. — La propagation de la tuberculose des bovins, M. E. NOGARD. 251

II. Prophylaxie : Mesures générales contre la propagation de la tuberculose, M. ROTU, rapporteur. — Prophylaxie de la tuberculose chez les enfants, M. HEBNER, rapporteur. — La tuberculose infantile : sa prophylaxie, M. LEON DEBEVOY. — La lutte contre la tuberculose dans et par l'école, M. JURA. — La défense sanitaire des enfants, M. RITTER. — Diminution de la mortalité par phthisie en Danemark sous l'influence du traitement moderne de la tuberculose pulmonaire, M. LEHMANN. — Propagation de la tuberculose parmi les compositeurs et ouvriers imprimeurs de Berlin, M. G. MEYER. — Tuberculose et alcool, M. BART. — De la présence des bacilles tuberculeux dans le lait et le beurre, M. K. OBERMULLER. — Les dangers du mariage entre tuberculeux, M. KRUGNER, rapporteur. — Prophylaxie de la tuberculose dans les ateliers et les logements privés, M. RUSNER, rapporteur. — La prophylaxie de la tuberculose à domicile, M. J. MARTIN. — Prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux, M. von LÉGENE, rapporteur. — Le traitement des tuberculeux avancés dans les hôpitaux, M. LAZARUS. — Prophylaxie de la tuberculose chez les ouvriers employés dans les imprimeries, M. G. MEYER. — Prophylaxie de la tuberculose parmi les ouvriers de chemins de fer, M. G. SCHUTZE. — La prophylaxie de la tuberculose dans les stations climatiques et les villes d'eau, M. WEISMAIER. 253

ANALYSES

Bactériologie : Sur la résistance du pneumocoque à la dessiccation, par M. DONATO OTTOLENGHI. 256

Médecine expérimentale : La théorie de l'inoculation de l'infection malarique; expériences faites avec succès, par M. AMICO BIGNAMI. 256

Chirurgie : Mécanisme des fractures du bassin, par M. V. K. OBERG. — Remarques sur le traitement opératoire de la dilatation intestinale dans les occlusions et les péritonites aiguës, par M. A. E. MAYLARD. 257

Rhinologie, otologie, laryngologie : Des rapports du larynx avec la colonne vertébrale chez l'homme, par M. BETTI UGO ARTURO. 256

Le Congrès de Berlin, par M. A. ROMME. 204

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 42, 27 Mai 1899.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Traitement des hémorroïdes, M. ROUJER. — Epithéliome de l'estomac; pylorctomie depuis deux ans; guérison, M. TOFFIER. — Carcinome du pylore avec ganglion; pylorctomie et gastro-entérostomie, M. HARTMANN. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer, M. PICQ. — M. RICARD. — Ulcère perforant de l'estomac adhérent à la vésicule biliaire; détachement des adhérences; ouverture de l'estomac; gastrostomie; guérison, M. QUÉNU. — Lipomatose généralisée sous-diaphragmatique, M. SÉGUIN. — Aéné hypertrophique, M. TILLAUD. MM. LUCAS-CHAMPAGNON, SIEGIER, REGLAS, BERGER. — Suture de l'artère axillaire, M. RICARD. 205

Société médicale des hôpitaux : De l'emploi des scarifications i néaires dans le traitement des ulcérations du col utérin, M. A. SIBREY. — Pleurésie droite, péribronchite d'origine syphilitique avec dextrocardie consécutive, M. LÉVINE. — Note sur un cas de mélanodermie produite au cours de la phthise confirmée par le fait de la tuberculisation d'une capsule surrénale, M. RENOU. — Rectification d'une erreur de diagnostic; ectopie du côlon transverse prise, à l'examen radioscopique, pour un abcès gazeux sous-phrénique, M. BRICLER. — Pneumothorax dans le cours de la pneumonie, M. ANTOINE. 205

Société anatomique : Pyélonéphrite purulente; nécroses intestinales de la fin de l'élion, MM. APERT et MILON. — Contusion artérielle et anévrysme traumatique, M. LECOUR. — Corps étranger du rectum, M. LECOUR. — Epithélioma étendu de la main, M. MONESTIN. — Volumineux lipome sous-péritonéal, M. PENCHIBON. 206

Société de thérapeutique : Considérations sur le rôle des sanatoria, M. DUHOUREAU. MM. GURDIA, FERRAND, HUGHARD. — Quelques points d'étiologie et de thérapeutique de la lithiase biliaire, M. P. BOULOUÏMÉ. 206

Société de médecine et de chirurgie pratiques : Un cas d'empoisonnement par le lysol, M. LEON DUCHESNE. M. OZENNE. — Sur la diphtérie et la sérothérapie, M. BONNEPIN. — A propos des sanatoria de phthisiques, M. NICOLAS. 206

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 206

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

A céder belle clientèle à proximité d'une grande ville du Centre. Rapport annuel: 4,000 francs touchés. S'adresser à M. Giraud, 18, rue Saint-Sulpice.

Jeune docteur désireux succéder à confrère peu éloigné de Paris. S'adresser bureau du journal (361).

CROSNIER SIROP MINÉRAL-SULFUREUX
 Succédané des Eaux Sulfureuses.

POUGUES TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

LES FORMES CLINIQUES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par A.-F. PLECOU. Chef de Laboratoire à l'hôpital Lariboisière. 1 vol. in-8° cart., de 96 pages. Prix : 2 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE : Cœur, Vaisseaux, Poumons, par MAURICE LERULLÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8° Jésus, de 450 pages, avec 102 figures noires et en couleurs. Prix : 22 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

LE CONGRÈS DE BERLIN

De notre envoyé spécial.

Berlin, le mardi 23 Mai 1899.

Le Congrès n'est pas encore ouvert; on ne connaît pas encore les discours ni les communications, mais de suite, en arrivant ici, on sent que le sort de la bataille est décidé d'avance et que dans la lutte contre la tuberculose, la victoire thérapeutique appartiendra aux sanatoria pour les riches comme pour les pauvres.

En prenant l'initiative d'une conférence internationale sur la lutte contre la tuberculose, le Gouvernement impérial n'a rien laissé à l'imprévu. Tout a été méthodiquement réglé, ordonné; la mise en scène a été particulièrement soignée.

Depuis dimanche matin, les journaux politiques ont une rubrique consacrée spécialement au Congrès. C'est en voyage, à Cologne, que j'ai appris que l'Impératrice assistera à l'ouverture du Congrès, avec la grande-duchesse de Bade et la duchesse de Saxe-Weimar. Le lundi matin, autre nouvelle : il est possible que le Congrès soit ouvert par l'Empereur en personne. Sédait par la couverture artistique d'une revue populaire, « Die Woche », je l'achète, et le premier article que je trouve est celui du professeur von Leyden sur « les sanatoria pour les ouvriers tuberculeux ». Ce sont naturellement de petits faits, insignifiants en apparence, mais en apparence seulement, car tout cela concourt au même but : agir par voie de répétition et de suggestion; c'est comme cela qu'on arrive à créer des mouvements d'opinion. Comme je vous l'ai télégraphié hier, un député, le baron Heyl, riche industriel, a déjà fait au Comité central un don de 3 millions de marks pour la création des sanatoria populaires. Cet acte de générosité ne saurait être trop apprécié, mais il arrive à son moment : la veille de l'ouverture du Congrès.

Il y a deux jours, ouvrait ses portes l'Exposition d'hygiène, dont l'entrée est gratuite pour les membres du Congrès. Vous savez avec quelle pompe cette ouverture a été faite, et vous savez aussi que M. von Leyden a saisi cette occasion pour glorifier l'œuvre des sanatoria. Et quand les congressistes auront visité cette Exposition, ils emporteront, dans les quatre coins du monde, les adresses des fabricants d'instruments de chirurgie, d'objets de pansements, en un mot, tout ce qui touche, au point de vue industriel, à la médecine, à la chirurgie, à l'hygiène.

HÉMONEUROL COGNET
 Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux.
 RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

L'Empereur tient à ce que le Congrès réussisse, et il réussira justement dans le sens qu'il désire : le commerce allemand en profitera, et la politique extérieure aussi.

Vous savez que les bureaux du Congrès siègent au Reichstag, où se tiendront aussi les séances. Et ce matin, j'ai trouvé dans le « Berliner Tageblatt » la note suivante que je traduis textuellement : « Le président du Congrès pour la lutte contre la tuberculose, le duc de Ratibor, a été reçu hier, à Potsdam, par l'Empereur et l'a mis au courant de l'état des travaux du Congrès. L'Empereur a exprimé le désir de se faire présenter les délégués étrangers, qu'il recevra le samedi 28 Mai, au Nouveau Palais. Ce soir aura lieu la réception des membres du Congrès dans la salle de Fêtes du Reichstag. Le duc de Ratibor et la princesse Elisabeth de Hohenlohe, présidents du Comité des Dames, se feront présenter les délégués officiels et les membres du Congrès. »

Chose qui ne s'est jamais vue en Allemagne : pour la séance d'ouverture, l'habit et la cravate blanche sont de rigueur. Je vous signale ce fait pour montrer que, cette fois, il ne s'agit pas d'un Congrès ordinaire ; il faut que le souvenir ne s'en efface pas chez les 2.000 congressistes qui sont à Berlin.

Naturellement, l'Allemagne sera largement représentée. Sans parler des Chambres médicales et sociétés savantes, sans parler de diverses sociétés affiliées à la Croix-Rouge, ont des délégués au Congrès : 20 cercles industriels, 38 villes, 21 associations de santé publique, 22 caisses d'assurances des ouvriers contre l'invalidité et la vieillesse, 119 caisses d'assurances des ouvriers contre la maladie, 21 communes et districts, etc., etc.

Vingt-quatre pays ont envoyé des délégations officielles, et dans la notice qui m'a été remise aujourd'hui, je relève les noms des délégués de la République-Argentine, de Guatemala, du Japon (8 délégués), du Canada, du Mexique, de Monaco, de Nicaragua, de Perse... De cette façon, personne au monde ne sera tenu à ignorer l'éclat de la science allemande.

Montons donc aux bureaux du Congrès, qui se tiennent au Reichstag. Je vous assure que l'escalier monumental par lequel on accède, et la salle dans laquelle on pénètre sont autrement imposants que le grand Amphithéâtre de la Faculté de Paris, même les jours où l'on y met les classiques fauteuils de velours vert et les tentures en peluche rouge.

Il y a environ une trentaine d'employés occupés à écrire. Beaucoup sont en uniforme. Vous commencez à baragouiner en allemand, mais, de suite, on vous conduit vers un monsieur qui parle admirablement le français, et qui se met entièrement à votre disposition. Il se charge de retirer votre carte de congressiste et vous remet en même temps un très élégant plan de Berlin avec une notice de tous les établissements d'hygiène, de médecine, de philanthropie, des œuvres de la ville, etc., etc. Il vous donne le plan cartonné du Reichstag, avec indication des locaux destinés à la correspondance, aux journaux, au buffet. Il vous offre encore le programme des séances, où l'on prévient que vous pouvez visiter gratuitement, sur la seule présentation de votre carte, les musées, les expositions, le célèbre Aquarium, le Jardin zoologique, etc.

Je décline ma qualité de journaliste, et l'on me prie de monter au bureau 21. J'y trouve un colonel, un capitaine et deux sous-officiers. C'est le bureau de la presse. On me délivre une carte pour la tribune des journalistes, et j'apprends que deux fois par jour, à 1 heure et à 7 heures, paraîtra un journal imprimé dans lequel on trouvera la communication et les discussions de la journée!

Je reviens à ce que j'ai dit en commençant cette lettre : le Congrès n'est pas encore ouvert et on ne connaît ni les communications ni les discours ; mais son succès est assuré, et cela d'avance. La cause des sanatoria est gagnée.

R. ROMME,

Préparateur à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

24 Mai 1899.

Traitement des hémorroïdes. — M. Routier. La pratique à laquelle j'ai recouru tient le milieu entre l'ignipuncture et la résection.

Au début, j'ai fait l'ignipuncture et la cautérisation des hémorroïdes. J'ai même fait moins : la simple dilatation du sphincter que préconisait Verneuil et qui était insuffisante.

Avec l'ignipuncture simple, on peut avoir une hémorragie immédiate ou secondaire, lors de la chute des escarres. J'y ai donc renoncé et voici comment je procède.

Je fais la dilatation des sphincters avec le spéculum de Trélat. Je saisis les paquets hémorroïdaires, je les pédicule, je passe un fil à ce niveau et je coupe au thermo-cautère.

Les résultats sont bons. La douleur, un peu vive, existe surtout chez les nerveux.

Épithéliome de l'estomac; pylorotomie depuis deux ans; guérison. — M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué, il y a deux ans et deux mois, une pylorotomie pour épithélioma. La guérison persiste.

Carcinome du pylore avec ganglion; pylorotomie et gastro-entérostomie. — M. Hartmann présente un malade auquel il a fait cette opération. Le résultat est parfait.

M. Hartmann rappelle que deux de ses malades, opérés il y a près de deux ans, sont restés guéris jusqu'à ce jour.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer. — M. Piqué a montré un utérus cancéreux enlevé par voie abdominale; deux ganglions pelviens ont été extirpés en même temps et l'examen histologique a montré qu'ils étaient épithéliomateux.

M. Ricard rapporte un autre cas de cancer utérin avec pyométrie.

Ulcère perforant de l'estomac adhérent à la vésicule biliaire; détachement des adhérences; ouverture de l'estomac; gastro-entérostomie; guérison. — M. Quénu présente le malade auquel il a fait cette intervention et dont l'état est excellent.

Lipomatose généralisée sous-diaphragmatique. — M. Segond montre la photographie d'un malade de quarante-sept ans, atteint de lipomatose généralisée sous-diaphragmatique, et dont le poids est de 225 kilogrammes.

Acné hypertrophique. — M. Tillaux présente un malade opéré par le curetage et l'excision pour une acné hypertrophique.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que le résultat serait encore meilleur si l'on avait pratiqué la décoloration du nez, dit procédé d'Ollier.

M. Reclus est de l'avis de M. Championnière et cite à l'appui un cas qu'il vient d'opérer par le procédé d'Ollier.

M. Berger a fait souvent la décoloration du nez et ajoute que cette petite opération peut, parfois, être plus délicate qu'on ne pense, car on peut entrer dans la cavité nasale. Néanmoins, il est partisan de ce procédé.

Suture de l'artère axillaire. — M. Ricard présente un malade déjà opéré, il y a dix-huit mois, pour un adéno-épithéliome. Au cours d'une seconde intervention, la pièce a été réaiguée, puis l'artère était englobée par des ganglions malades, ce vaisseau a été ouvert latéralement au cours de la dissection. Une suture longitudinale de l'artère a été aussitôt pratiquée et on a pu voir de visu que le sang repassait par l'artère suturée; le pouls radial était perçu, et, depuis lors, il n'a cessé de l'être, ce qui semble prouver que la suture a tenu et qu'aucun caillot n'est venu oblitérer le vaisseau.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

19 Mai 1899 (suite).

De l'emploi des scarifications linéaires dans le traitement des ulcérations du col utérin. — M. A. Siredey. Les véritables ulcérations du col utérin sont rares; la plupart du temps, les lésions qu'on désigne sous ce nom sont dues, en réalité, à l'hyperplasie de la muqueuse utérine enflammée formant ectropion entre les lèvres du col utérin.

Généralement, on traite ces ulcérations au moyen de cautérisations qui détruisent la muqueuse et qui font naître à sa place un tissu cicatriciel recouvert d'un épithélium analogue à celui qui existe sur la portion externe du col utérin. Or, les glandes de cette région pénètrent jusque dans la musculature; leur col se trouve donc obitéré par ce tissu cicatriciel, d'où la formation de kystes qui contribuent à accroître le volume du col et provoquent des douleurs assez vives. Aussi les chirurgiens préfèrent-ils l'ablation de la région malade.

Frappé des excellents résultats obtenus dans diverses affections cutanées par la scarification linéaire, j'ai appliqué, depuis plusieurs mois, cette méthode de traitement aux pseudo-ulcérations du col utérin. Je pratique des incisions parallèles, aussi rapprochées que possible, puis entrecroisées à la façon des hachures d'un dessin. Pour cela, il est nécessaire d'abaisser et de maintenir le col au moyen d'une pince.

Cette opération est absolument indolore; elle s'accompagne d'une légère hémorragie qui diminue la congestion du col utérin. Cette petite opération doit être accompagnée d'une aseptie minutieuse de la région et être suivie de l'application d'une gaze iodoformée ou traumatolée. Quatre ou cinq séances suffisent, le plus souvent, pour amener la guérison.

Ce traitement ne saurait avoir la prévention de venir à tous les cas d'ectropion du col, mais je suis convaincu que les scarifications linéaires appliquées dès le début des lésions contribueront beaucoup à hâter la guérison de ces pseudo-ulcérations du col utérin.

Pleurésie droite, périchonchite d'origine syphilitique avec dextrocardie consécutive. — M. Lépine (de Lyon) communique l'observation d'une femme qui présentait une déviation du cœur à droite, l'organe ayant conservé son obliquité normale; cette femme était atteinte de syphilis tertiaire et avait eu, cinq ans auparavant, une pleurésie droite. Le diagnostic qui fut porté fut celui de dextrocardie consécutive à une pleurésie droite. L'autopsie confirma pleinement ce diagnostic. Il y avait, en effet, des adhérences pleurales, et de plus il existait une périchonchite syphilitique intense, tout le poumon étant traversé par de larges bandes fibreuses.

L'auteur observe, en ce moment, dans son service, un autre cas de périchonchite syphilitique. Chez un jeune homme de quinze ans, atteint de syphilis héréditaire, on constatait à son entrée un souffle intense au sommet gauche. La radioscopie fit voir qu'il n'y avait à ce sommet aucune opacité, mais une légère déviation de la bronche. En peu de jours, le traitement ioduré fit disparaître le souffle, et l'examen radioscopique montra alors que la bronche avait repris sa place normale.

26 Mai 1899.

Note sur un cas de mélanodermie produite au cours d'une phtisie confirmée par le fait de la tuberculisation d'une capsule surrénale. — M. Rendu. Le malade qui fait l'objet de cette communication présentait une mélanodermie, d'apparence banale, que l'on crut d'origine para-itaire, produite par le défaut de soin et de propreté, sans participation des muqueuses à la pigmentation. L'autopsie démontra pourtant que cette pigmentation relevait, d'une manière immédiate, de la tuberculisation d'une capsule surrénale, au cours d'une tuberculose généralisée.

Rectification d'une erreur de diagnostic; ectopie du colon transverse prise, à l'examen radioscopique, pour un abcès gazeux sous-phrénique. — M. Béclère. Le malade présenté à la Société dans son avant-dernière séance, et que je croyais porteur d'un abcès sous-phrénique, est mort presque subitement. L'autopsie, loin de confirmer le diagnostic fait pendant la vie, a montré qu'une ectopie du colon transverse venant, à certains moments, s'interposer entre le foie et le diaphragme, était la cause de la singulière image observée à l'examen radioscopique. Cependant, du vivant du malade, pour me mettre à l'abri de cette erreur, j'avais, à deux reprises, insufflé son gros intestin à l'aide d'une soufflerie de thermo-cautère adaptée à une longue capsule de caoutchouc souple, profondément introduite, et je n'étais pas parvenu à modifier les rapports normaux du foie et de l'intestin, tels que les révélait la percussion. L'autopsie a fait découvrir, du côté gauche, les vestiges d'une ancienne pleurésie diaphragmatique consécutive à une pneumonie de la base.

Cette pleurésie, primitivement enkystée et suppurée, avait sans doute été le point de départ des vomiques du malade, mais elle avait abouti à la symphyse des deux feuillets pleuraux et s'accompagnait de sclérose du poumon sous-jacent avec dilatation des bronches : telle était l'origine de l'abondante expectoration purulente observée pendant la vie. Un allongement très anormal du mésocolon, au niveau du colon transverse, permettait à cette portion du gros intestin de se déplacer et de recouvrir, par intervalles, la face supérieure du foie.

Désormais, non seulement je n'oublierai pas la possibilité d'une semblable ectopie du colon transverse, mais je pourrai reconnaître son existence à l'examen radioscopique : l'erreur d'interprétation que j'ai commise ne diminue en rien la valeur de ce nouveau mode d'exploration.

Pneumothorax dans le cours de la pneumonie. — M. Antony communique deux observations de jeunes soldats, vigoureux, pris, en parfaite santé, de pneumonie. Cette pneumonie se compliqua de pneumothorax, puis d'hydropneumothorax nécessitant des ponctions, et, enfin, de pyopneumothorax traité par piérotomie. Les malades moururent après une suppuration prolongée.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

26 Mai 1899.

Pyléonéphrite purulente; ulcérations intestinales de la fin de l'iléon. — MM. Apert et Millon présentent deux reins atteints de pyléonéphrite, avec infiltration purulente diffuse, dilatation des bassins et des uretères gorgés de pus. L'uretère droit en particulier atteint le volume du méatus; son orifice vésical est au contraire rétréci et imperméable à une sonde cannelée.

Au niveau de la fosse iliaque droite, il y avait encore de la péritonite agglutinative avec petits foyers purulents entre les anses intestinales. La terminaison de l'iléon présentait une demi-douzaine d'ulcérations superficielles taillées à pic dans la muqueuse et mettant à nu les fibres musculaires.

Le malade était arrivé à l'hôpital dans un état de demi-coma avec subdélire, et présentait des vomissements, de la diarrhée et une température de 40°. Les urines n'étaient à ce moment ni purulentes, ni albumineuses, et il y avait une douleur diffuse dans la fosse iliaque. Le diagnostic de fièvre typhoïde et celui d'appendicite furent écartés; mais ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que le pus ayant apparu dans l'urine, le diagnostic exact put être posé. Le malade mourut au bout d'une huitaine de jours dans le coma urémique.

Coussion artérielle et anévrisme traumatique. — M. Leguen présente deux petites tumeurs anévrismales de l'artère temporale superficielle. Elles étaient apparues huit jours après une chute sur la tête, sans plaie extérieure. Trois mois après, elles avaient le volume d'une lentille; elles siégeaient dans la partie superficielle de l'artère temporale, et présentaient les caractères nets des tumeurs anévrismales.

Ces tumeurs furent enlevées avec le segment intermédiaire de l'artère.

L'examen histologique pratiqué par M. Meslay montre que la tunique musculo-élastique de l'artère avait cédé sur la plus grande partie de la circonférence de l'artère. Il en résulta la production d'un anévrisme. Sur les coupes longitudinales, on voit, au point où la dilatation anévrismale commence, l'endartère et la périartère se mettre directement en contact l'une avec l'autre, comme à travers la déchirure de la tunique interne disparue.

Comme ces tumeurs s'étaient montrées quelques jours après le traumatisme, il devient évident que le choc a déterminé la rupture de la lame élastique interne et a été la cause directe de ces anévrysmes.

Corps étranger du rectum. — M. Leguen présente une racine de cochlearia, en forme de cône allongé, d'une longueur de 28 centimètres, qu'un Anglais s'était introduite dans le rectum. Il fut assez difficile de l'extraire; on y parvint cependant sans sectionner le sphincter, à l'aide d'une pince à griffes.

Epithélioma étendu de la main. — M. Morestin apporte la main d'un homme de quatre-vingts ans, qu'il a amputée pour une ulcération de la face dorsale qui évoluait depuis une quinzaine d'années. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé.

Voluiculeux lipome sous-péritonéal. — M. Percheron montre un lipome de 10 kilogrammes, sous-péritonéal, qui s'attachait par un pédicule entre la vessie et le rectum, chez une femme de cinquante-quatre ans. La tumeur a été enlevée par la laparotomie. On avait pensé à un kyste ovarien multiloculaire.

(A suivre.)

V. GAUFRON.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

24 Mai 1899.

Considérations sur le rôle des sanatoriums. — M. Duhourcau. Il serait utile de créer dans le voisinage des stations thermales des sanatoriums dans lesquels les tuberculeux viendraient faire leur cure. Ces sanatoriums présenteraient les avantages suivants :

1° Ils permettraient aux tuberculeux de faire des cures prolongées, ce qui est indispensable, car un malade atteint de tuberculose ne peut retirer aucun bénéfice sérieux d'une cure de vingt-cinq jours;

2° Ils éviteraient la contamination des malades atteints d'affections des voies respiratoires, qui fréquentent les mêmes stations;

3° Les tuberculeux isolés dans les sanatoriums seraient à l'abri des tentations qui les entourent dans les stations thermales et suivraient un régime hygiénique approprié.

M. Guelpa présente un crachoir de poche qui lui paraît remplir tous les desiderata (ouverture et fermeture faciles, stérilisation pratique, etc.).

Il n'est pas toujours possible d'envoyer les tuberculeux dans des sanatoriums éloignés de Paris. J'ai créé dans les environs de Paris un sanatorium où les tuberculeux, tout en faisant leur cure d'air et de régime, restent au voisinage de leur famille et de leurs affaires. Pendant les quinze premiers jours, les malades sont mis au repos absolu.

Si, après ce délai, la température rectale se maintient au-dessous de 38°, on peut accorder des périodes d'exercice et d'activité de plus en plus longues.

M. Ferrand. Il n'est pas inutile de montrer ce qu'a

produit un asile d'enfants tuberculeux, qui fonctionne depuis plus de vingt ans à Argeuils-le-Bigorre. Cette maison recueille des enfants tuberculeux tous héréditaires, mais pris au début. Sur trente-cinq petits filles soignées, trois seulement sont mortes; l'une de diphtérie, la seconde de péritonite probablement tuberculeuse, la troisième de tuberculose pulmonaire. Cette dernière avait été acceptée, par exception, bien qu'atteinte de cavernes étendues et de cachexie très avancée.

Je suis d'avis que si l'on ne doit pas établir un sanatorium au premier endroit venu, il n'est guère de site dans lequel, en l'aménageant convenablement, on ne puisse trouver moyen de l'installer avec profit.

M. Huchard. La climatothérapie étant inséparable du traitement hygiénique et diététique, les sanatoria destinés à recevoir un petit nombre de malades doivent être établis de préférence dans les régions de bon climat.

Nous sommes donc partisan des sanatoria en France plutôt qu'ailleurs, parce que c'est dans notre pays que l'on peut joindre surtout aux avantages dans la discipline hygiénique ceux, toujours importants, d'un excellent climat.

Ce que l'on reproche, non sans raison, aux stations climatiques du Midi, c'est de n'être que des stations hivernales, bonnes seulement pour un séjour temporaire des malades. Ceux-ci, vers le mois de Mai, sont obligés de regagner leurs pays, où ils reprennent de mauvaises habitudes au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

C'est là un inconvénient réel et sérieux; mais on le fera disparaître quand on voudra. Et on l'a déjà voulu en installant sur le flanc de la montagne voisine ou dans la vallée, comme à Thorenc, non loin de Cannes et de Grasse, une station estivale où les malades peuvent se retirer pendant les mois chauds de l'année.

Après discussion, les membres présents votent les propositions suivantes :

1° La Société de thérapeutique est d'avis 1° que le traitement par le sanatorium, considéré comme établissement de discipline hygiénique, et de diététique, est le meilleur qu'on puisse opposer à la tuberculose. 2° Que le meilleur sanatorium est celui qui est installé dans les régions où les avantages de la cure climatique s'ajoutent à ceux de la cure à l'établissement.

Elle proteste contre l'assertion de quelques médecins prétendant que le climat est sans importance dans le traitement de la tuberculose;

2° La Société de thérapeutique émet le vœu que des sanatoria renfermant un nombre restreint de malades soient établis en France, dans des conditions de climat assez variées pour répondre à toutes les indications et notamment dans le voisinage des stations thermales.

3° La Société de thérapeutique émet le vœu que les stations hivernales soient pourvues, autant que possible, à leur proximité, de stations estivales destinées à continuer aussi bien pendant l'été que pendant l'hiver le traitement hygiénique, diététique et climatique.

Elle invite les municipalités des stations hivernales et estivales, dans l'intérêt de ces stations aussi bien que dans celui des malades, à mettre en pratique toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie dont l'efficacité est aujourd'hui indiscutable, et dans cet ordre d'idées de favoriser la création de sanatoriums pour les tuberculeux qui les fréquentent;

4° Au nom des principes élémentaires de l'hygiène et de la contagiosité, la Société de thérapeutique proteste contre l'admission des phthisiques dans toutes les salles des hôpitaux. Elle émet le vœu que des sanatoriums gratuits soient établis à proximité des grands centres.

Quelques points d'étiologie et de thérapeutique de la lithiase biliaire. — M. P. Bouloumié. La clinique établit que l'infection biliaire, fréquente sans doute, n'est qu'exceptionnellement suivie de lithiase et conséquemment que la lithiase n'est pas communément précédée d'infection.

Les altérations de nutrition, et spécialement de l'état fonctionnel du foie, chez les arthritiques et chez les sujets que les circonstances spéciales (grossesse, migraine, âge, sédentarité exagérée, certains troubles digestifs, etc.) mettent dans des conditions analogues, sont les causes les plus habituellement, on peut dire même les plus constamment observées, sinon les plus constantes de la lithiase biliaire non expérimentale.

La thérapeutique doit s'inspirer de ces données : le traitement de la diathèse dominera la thérapeutique de la lithiase biliaire. A côté du traitement hygiénique, qui a une importance considérable, doit se placer le traitement hydro-minéral, qui est le traitement de choix. Les eaux minérales le plus généralement appliquées à la cure de la lithiase biliaire sont en France : Vichy, Vittel, Pougues, Brides.

La cure de Vichy paraît notablement supérieure à celle de Vittel, quand, chez des sujets vigoureux spécialement, il y a lieu de constater les symptômes prodromiques de la lithiase biliaire, qui sont aussi ceux des diverses manifestations arthritiques, et qu'il y a indication d'agir sur le foie en tant que glande sanguine et glande biliaire. Elle me paraît encore supérieure alors que les symptômes dyspeptiques ou gastralgiques symptomatiques de la lithiase sont liés à l'hypochlorhydrie et quand il y a lieu de combattre ces symptômes plutôt que de chercher à provoquer l'expulsion des calculs.

Quand, au contraire, les symptômes dyspeptiques ou gastralgiques symptomatiques de la lithiase s'accompagnent d'hypochlorhydrie ou que les eaux bicarbonatées sodiques fortes et chaudes ne sauraient être employées sans inconvénients, en raison de l'état général, et que, comme précédemment, il n'y a pas lieu de poursuivre l'expulsion des calculs, sauf à intervenir plus tard dans ce but, mais seulement la sédation des symptômes gastropéptiques, la cure de Pougues est plus indiquée que celle de Vichy ou de Vittel.

La cure de Vittel me paraît, par contre, plus indiquée que la cure de Vichy, de Pougues ou de Brides quand il y a lieu de poursuivre la guérison par expulsion des calculs et d'obtenir des effets laxatifs et diurétiques et la stimulation d'une nutrition habituellement retardante ou tout au moins d'oxydation hypotonale.

M. BIZE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

18 Mai 1899.

Un cas d'empoisonnement par le lysol. — M. Léon Duchesne rapporte d'après Cramer un cas d'empoisonnement par le lysol en action intra-utérine à 1 pour 100 post-partum. Il se produisit du collapsus comme dans l'intoxication phéniquée, et la malade mourut huit jours après de ce fait.

M. Ozenne s'étonne de cette survie et élève des doutes sur la cause de la mort, tout en se déclarant l'adversaire des injections utérines post-partum avec tous les antiseptiques toxiques.

Sur la diphtérie et la sérothérapie. — M. Bonnefin donne lecture d'un travail très documenté dans lequel il passe en revue l'opinion des différents auteurs, relativement aux questions soulevées par la présence des diverses bactéries au point de vue des formes de la maladie; puis il donne des statistiques se rapportant aux résultats fournis par le traitement sérothérapique et les autres méthodes.

A propos des sanatoria phthisiques. — M. Nicolas distingue les sanatoria d'isolement et les sanatoria de cure. Les premiers ont surtout pour but de désencombrer les hôpitaux, de restreindre la contagion, de placer les phthisiques dans des conditions meilleures; mais on n'y obtiendra l'amélioration des malades que s'ils sont situés à l'altitude voulue, comme les sanatoria de cure. Ceux-ci doivent être établis de façon à ce que le vent, la pluie, les brouillards s'y trouvent au minimum; une altitude de 800 à 1.000 mètres est celle qu'il faut préférer.

A. DE CHRÉSANTIGNES.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Le jury est définitivement constitué par MM. Bouilly, Lepage, Bar, Boissard, Lucas-Championnière, Thibierge, Reynier.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Hôpital de la Pitié. — M. Picoué, chirurgien de la Pitié, commencera une consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires le jeudi 8 Juin, à dix heures, et la continuera les jeudis suivants, même heure.

Société médico-chirurgicale. — Séance du lundi 29 mai 1899. — Rapports de M. Roche et de M. Bourcier sur la candidature de M. Frézin; Discussion sur la pathogénie des lithiases biliaires. — MM. Verchère et Debrigode; Stomatite mercurielle chez un néphrectomisé. — M. Jocqs; Sur le pronostic de la rétinite albuminurique. — M. Desnos; Sur un cas de résection de la prostate.

Médecins militaires. — Le ministre de la guerre a déposé à la Chambre un projet de loi portant augmentation du cadre des médecins-majors de 2^e classe et des médecins aide-majors de 1^{re} classe.

Cette mesure était rendue nécessaire non seulement par la création d'un certain nombre d'unités nouvelles, mais aussi par les déplacements trop multipliés qu'on est actuellement forcé d'imposer aux médecins pendant la saison des manœuvres, des écoles à feu, des marches en montagne, etc.

BIBLIOGRAPHIE

A. Mathieu. — *L'hygiène des diabétiques*, 1 vol. in-16, de 234 pages, Carloné à l'anglaise. Prix : 4 francs (Masson et C^{ie}, éditeurs).

Henri de Rothschild. — *Hygiène de l'allaitement*. Brochure in 8^o raisin, de 40 pages avec figures (Masson et C^{ie}, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — I. MARSTREUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

PHOSPHOTAL

(PHOSPHITE NEUTRE DE CRÉOSOTE)

GAÏACOPHOSPHAL

(PHOSPHITE NEUTRE CRISTALLISÉ DE GAÏACOL)

AVANTAGES

DU

PHOSPHOTAL

ET DU

GAÏACOPHOSPHAL

- 1° Absence de Causticité.
- 2° Tolérance et Assimilation parfaites.
- 3° Union de la Créosote (90 0/0) et du Gaïacol (92 0/0) au Phosphore (9 et 7 0/0) assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotée et phosphatée.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et de l'Expectoration; Enrayement de la Désassimilation; Augmentation de l'appétit.

Capsules Clin au Phosphotal (0 gr. 20 par capsule).

Enrobage au Gluten assurant la dissolution du principe actif dans l'intestin et conservant l'intégrité de l'estomac : 4 à 12 capsules par jour.

Émulsion Clin au Phosphotal (0 gr. 50 par cuillerée à café).

Administration facile en lavements : 2 à 6 cuillerées à café par jour.

Capsulines Clin au Gaïacophosphal (0 gr. 05 par capsuline).

Enrobage au Gluten : 2 à 6 capsulines par jour

Capsules Clin au Gaïacophosphal (0 gr. 15 par capsule).

Enrobage au Gluten : 2 à 6 capsules par jour.

Solution Clin au Gaïacophosphal (0 gr. 10 par cuillerée à café).

Administration facile en lavements : 4 à 3 cuillerées à café par jour

AFFECTIONS PULMONAIRES TUBERCULOSE

Essayées dans plusieurs hôpitaux, les préparations CLIN au PHOSPHOTAL et au GAÏACOPHOSPHAL ont donné les résultats les plus encourageants.

CLIN & C^{IE}

20, RUE DES FOSSÉS-SAINT-JACQUES, PARIS

N. B. — Nous tenons à la disposition de MM. les DOCTEURS qui désireraient essayer ces nouvelles préparations, les échantillons qu'ils voudront bien nous demander.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, par M. le professeur DIEULAFOY. 257

Congrès pour la lutte contre la tuberculose (tenu à Berlin du 24 au 27 Mai 1899) (Suite) :

II. Étiologie : Le bacille tuberculeux dans ses rapports avec la tuberculose, M. FLUGE, rapporteur. — Les différents modes de propagation de la tuberculose, M. C. FRAENKEL, rapporteur. — Les infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire, M. PFEIFFER, rapporteur. — Hérité, immunité et prédisposition, M. LOEBLICKER, rapporteur. — Statistique étiologique de la tuberculose, M. von ZANDER. — Traumatisme et tuberculose, MM. LANNELONGUE et ACHARD. — Agglutination des cultures homogènes du bacille tuberculeux par les humeurs de l'homme et de la vache tuberculense, MM. ARLOING et J. COURMONT. — Sur les tuberculoses humaines dues à des bacilles autres que les bacilles de Koch, M. J. COURMONT. — Culture du bacille de la tuberculose sur le sang gelé, MM. F. BESANÇON et V. GRIFFON. — Prédilections tuberculeuses (terreins acquis et innés), M. LANDOUZY. — Le premier stade de la tuberculose pulmonaire, M. BRUCH-HIRSCHFELD. — Importance de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, M. BRUGER. — La valeur pronostique de la diastase chez les phthisiques, M. MICHAELIS. 260

III. Prophylaxie : La prophylaxie de la tuberculose au point de vue des substances alimentaires, M. VINCOW, rapporteur. — Prophylaxie de la tuberculose dans les logements des ouvriers tuberculeux, MM. BECHER et LESNOUR. — Le rôle des instituts bactériologiques dans la lutte contre la tuberculose en Belgique, M. E. MALVOZ. 262

IV. Thérapeutique : Curabilité de la tuberculose pulmonaire, M. H. GUNDSMANN, rapporteur. — Traitement médicamenteux de la tuberculose, M. KOBERT, rapporteur. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'aldéhyde formique, M. V. GERVILLO. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées de vaccine, M. H. WERNER. — Le rôle de quelques excitants dans l'alimentation des phthisiques, M. SCHUMBURO. — L'hydrothérapie dans le traitement de la phthisie, M. WINTERSTEN. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine et des préparations analogues, M. BRUGER, rapporteur. — MM. DENYS, PETRUSCHKY, KRAUSE. — Traitement de la tuberculose par le sérum, M. MARAGLIANO. — M. von SCHWINTZ. — Traitement climatérique de la tuberculose pulmonaire, SIR HERMANN WEBER, rapporteur. — Traitement de la phthisie dans les pays de montagne, M. EGER. — Des conditions hygiéniques des stations hivernales de la Méditerranée et en particulier de Cannes, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, M. BARADAT. — Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire et le traitement dans les sanatoria, M. DEITWEILER, rapporteur. 262

ANALYSES

Anatomie et physiologie : Le fer chez les animaux dératés, par M. TODESCHI. 264

Médecine publique et hygiène : Conductibilité calorifique des étoffes d'uniforme militaire, par MM. BORDIER et KOLB. 264

Le Congrès de Berlin : La séance d'ouverture. — Discours prononcé par M. le professeur BROUARD. 268

VIN OXYGÈNE PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 86, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

Académie de médecine : Aortite en plaques d'origine paludéenne, M. LANGEREAUX. — Les maladies qui se transforment et les maladies qui s'en vont, M. LAVARENNE. — Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, M. DIEULAFOY, MM. LABRODE, DIEULAFOY, LAVARENNE. — L'emploi des solutions arsénicales en injections rectales, M. RENAUT. — Pathogénie et causes de l'hypertrophie séminale de la prostate, M. A. GURPIN. 268

Société de biologie : Etude histologique et chimique de la moelle osseuse dans l'intoxication phosphorée, MM. ROGER et JOSSE. — Sur la cirrhose hypertrophique alcoolique anasarcique, M. GILBERT. — Sur les rapports entre la toxicité vraie d'une solution et sa tension osmotique, MM. CLAUDE et BALTHAZAR. — Les leucocytes dans les anémies, M. HAYEM. — Éléments parasitaires dans le cancer, M. BOSCH. — M. FABRE-DOMERGUE. — Sensibilité osseuse, M. EGER. — Sur la composition chimique du corps de l'embryon du têtard humain aux différentes périodes de la grossesse, M. CH. MICHEL. — Eau oxygénée et substances albumineuses, M. LÉONARD. — Ophothérapie splénique, M. GODEFRAU. — Cicatrisation du tégument externe, M. DRANEA. 269

PRATIQUE MÉDICALE

L'iodure de potassium en lavement. 269

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 7 Juin 1899, à 1 heure. — M. CHAPUS : Adénite; MM. Potain, Joffroy, Dupré, Gilles de la Tourette. — M. LEORY : Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence; MM. Joffroy, Potain, Dupré, Gilles de la Tourette. — M. BOTTREAU : Contribution à l'étude des plaies de l'estomac; MM. Tillaux, Lannelongue, Blum, Broca (Aug.). — M. BLANC : Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel; MM. Lannelongue, Tillaux, Blum, Broca (Aug.). — M. GENTHIN : Contribution à l'étude des rapports de la chorée avec la menstruation et la puerpéralité; MM. Pinard, Terrier, Walther, Lepage. — M. PASQUER : De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus; MM. Terrier, Pinard, Walther, Lepage.
Judi 8 Juin 1899, à 1 heure. — M. LE ROY : Maigreur et amaigrissement; MM. Brouard, Cornil, Roger, Thoinot. — M. PLEDRAN : Les chemineaux (étude médico-psychologique); MM. Cornil, Brouard, Roger, Thoinot. — M. LE TELLIER : La Chine (essai ethnographique, mé-

dical, hygiénique); MM. Mathias-Duval, Debove, Gley, Langlois. — M. MORISSEAU : De l'insuffisance glycolytique; MM. Debove, Mathias-Duval, Gley, Langlois. — M. DELEBECQUE : Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique; MM. Dieulafoy, Raymond, Lannois, Marfan. — M. CÈRE : Etude des arthropathies tabétiques et de l'influence des nerfs trophiques sur la nutrition; MM. Raymond, Dieulafoy, Lannois, Marfan. — M. HENROT : L'épuration des eaux d'épout par le sol; MM. Proust, Troisième, Wurtz, Chassevant. — M. CAMIADÉ : Considérations sur la méningite cérébro-spinale et en particulier sur les récentes épidémies de Bayonne (1897-98); MM. Proust, Troisième, Wurtz, Chassevant. — M. RAMBERT : Contribution à l'étude des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches; MM. Proust, Troisième, Wurtz, Chassevant. — M. GOUTRY : De l'influence de la menstruation, en particulier sur les affections cutanées; MM. Hutinel, Budin, Charrin, Wallich. — M. JOCKEYITCH : Contribution à l'étude de l'allaitement chez les albuminuriques; MM. Budin, Hutinel, Charrin, Wallich. — M. GLAIZE : La grossesse extra-utérinaire; MM. Budin, Hutinel, Charrin, Wallich.
Vendredi 9 Juin 1899, à 1 heure. — M. GARNIER : La glande thyroïde dans les maladies infectieuses; MM. Landouzy, Lancereux, Faure, Roger. — M. CHAMPION : Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation temporaire du thorax; MM. Landouzy, Lancereux, Faure, Roger. — M. BAYEUX : La diphtérie avant et depuis l'année 1894; MM. Landouzy, Lancereux, Faure, Roger.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 Juin 1899. — 4^e : MM. Fournier, Gaucher, André. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Lejars, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Blum, Humbert, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Lancereux, Dupré.

Mardi 6 Juin 1899. — 4^e (1^{re} série), Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Proust, Troisième, Desgrès. — 4^e (2^e série), Salle n° 4 (Faulté) : MM. Pouchet, Thoinot, Thiolois. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Richelot, Poirier. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Jacoud, Charrin, Menétrier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Grancher, Debove, Achard. — 5^e (Première partie) Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 7 Juin 1899. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Widal, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Delens, Delbet, Sebileau. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Humbert, Poirier, Lejars. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Fournier, Lancereux, Gaucher.

Judi 8 Juin 1899. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Chantemesse, Hanriot, Widal.

Vendredi 9 Juin 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Vernier, Lepage. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Thoinot. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Delens, Reclus, Broca (Aug.). — 5^e (Deuxième partie), Pitié : MM. Grancher, Widal, Wurtz.

Samedi 10 Juin 1899. — 4^e, Laboratoire de pharmaco-

CARABANA PURGE GUÉRIT

CASCARA DEMAZIERE

PLANTES SPÉCIFIQUES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la bactériologie, aux protozoaires et aux protozoaires. Rédacteur principal : Docteur MICHEL, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. Départements et Union postale, 22 fr. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovariennne
 Surrenale, Thyroïdienne **MONCOUR**

SAINT-GALMIER BADOIT

POUGUES TONI-DIGESTIVE

logie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Vaquez, Langlois. — 5° (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Berger, Richelot, Albarra. — 5° (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard. — 5° (Troisième partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

LE CONGRÈS DE BERLIN

A LA SÉANCE D'OUVERTURE

Virtuellement, le Congrès a été ouvert mardi soir, par une réception officielle des membres du Congrès dans les salons du Reichstag. Le programme portait que les membres seraient reçus par le duc de Ratibor et la princesse de Hohenlohe.

Une foule compacte se pressait dans la salle des Pas-Perdus, la classique foule officielle dans laquelle, comme toujours, le cavalier seul, sans connaissances, sans amis, prédomine et vogue au hasard des coups de coude, les mains derrière son dos, contemplant successivement le plafond et le parquet, à moins que ce ne soit les peintures murales. La seule note gaie, pendant toute la soirée a été donnée par le buffet, où bière, sandwich et rôtis étaient servis à volonté, et par l'orchestre de musique militaire qui, par un esprit international tout à fait de circonstance, jouait les airs traditionnels de Wagner, Rossini et Massenet.

La séance d'ouverture avait plus d'allure. Tout le monde était en habit, et le coup d'œil du haut de la tribune des journalistes où m'avait conduit une carte rouge, était assez imposant. Sur les estrades disposées de chaque côté de la tribune présidentielle, avaient pris place à gauche les délégués étrangers et à droite les délégués allemands. A 11 heures, a paru l'Impératrice, précédée du chancelier, le prince de Hohenlohe, et accompagnée d'un chambellan et de dames de la cour.

Et les discours ont commencé. C'est d'abord le secrétaire d'État, le comte Posadowsky, qui fait ressortir l'importance du Congrès au point de vue social, politique et humanitaire; c'est ensuite le duc de Ratibor, président du Congrès, qui, après avoir fait pousser en l'honneur de l'Impératrice les trois « Hoch! » classiques, souhaite la bienvenue aux délégués étrangers et insiste sur le rôle et l'importance de la conférence non seulement pour l'Allemagne, mais encore pour tous les autres pays. Le bourgmestre de Berlin, M. Kirschnier, exprime fort éloquemment la satisfaction de la ville de Berlin de voir tant de notabilités et illustrations médicales réunies pour une œuvre si hautement humanitaire dans la capitale de l'Empire allemand. M. le professeur von Leyden, enfin, tout en montrant le rôle scientifique de cette conférence, souligne plusieurs fois ce fait que son but est avant tout purement pratique : combattre la tuberculose des populations ouvrières par les sanatoria.

C'est maintenant le tour des présidents des délégations étrangères. Successivement on voit défiler à la tribune M. Boyd (États-Unis d'Amérique), M. Brouardel, dont l'apparition est saluée par un véritable tonnerre d'applaudissements, — fait qui se trouve parfaitement souligné dans le *Journal du Congrès*, — M. Grainger Stewart (Angleterre), M. Maragliano (Italie), qui, par politesse, parle en allemand, M. Kusy von Dubraw (Autriche), M. Koranyi (Hongrie), et enfin M. Berthenson (Russie). Voici *in extenso* les discours prononcés par M. Brouardel.

DISCOURS DU PROFESSEUR BROUARDEL

Chef de la mission française.

Majesté,
Mon-seigneur le Président,
Messieurs,

Les membres de la délégation française présentent à Sa Majesté l'expression de leur respectueuse reconnaissance. En acceptant le patronage d'un Congrès destiné à inaugurer une phase nouvelle de la lutte contre la tuberculose, Sa Majesté consacre les résultats déjà acquis et encourage les espoirs qui nous groupent aujourd'hui à Berlin.

Sa présence, l'intérêt qu'elle veut bien porter à nos travaux de-sillonnent les yeux de ceux qui jus-qu'à ce jour ont accueilli avec trop d'indifférence les avertissements des savants et des hygiénistes.

On ne pourra plus feindre d'ignorer que la tuberculose est la plus cruelle des pestes qui déciment les populations. En Europe, elle inscrit à son compte le quart de

la mortalité totale. En France, elle tue chaque année plus de 150.000 personnes.

Concentrée jusqu'à ce jour dans les grandes villes comme dans de véritables foyers, elle s'étend maintenant, grâce à la facilité des communications, jusque dans les plus petits villages. De préférence elle frappe les plus jeunes, ceux en qui nous plaçons nos plus vives affections et nos plus chères espérances.

Si l'adolescent et l'adulte succombent aux localisations pulmonaires de la tuberculose, l'enfant subit les cruelles atteintes de la méningite ou les longues tortures de la coxalgie.

Quand le père ou la mère de famille est touché, la misère est la compagne inévitable de la tuberculose, et quand après avoir lutté des mois, l'un d'eux disparaît, la contagion s'est faite chez les enfants, chez ceux des voisins, parfois dans la maison tout entière.

Ouvrier, cet homme a porté le germe de sa maladie à l'atelier. Il est des places, disait l'un d'eux, où ceux qui lui succèdent sont, chacun à son tour, atteints du même mal.

Et cependant, la tuberculose est la plus curable de toutes les maladies chroniques. Elle peut guérir.

Que penser de l'indifférence avec laquelle nous contemplons ses ravages? On ne peut l'expliquer que par l'accoutumance. Quand il survient une catastrophe imprévue, un accident de chemin de fer, la perte d'un navire, alors même que nous ne connaissons pas une seule des personnes atteintes, nous sommes émus, parfois indignés, et pourtant les plus cruels de ces sinistres font quelques centaines de victimes. Qu'est-ce chiffre comparé aux centaines de mille de personnes enlevées chaque année par la tuberculose!

Ce qui excite notre pitié, c'est l'imprévu; or, la société et bien longtemps le corps médical ont considéré le tuberculeux comme marqué, sans espoir possible, du sceau de la mort. Par suite, on cache le danger au malade, à sa famille, on ne fait pas au moment voulu l'effort nécessaire. Je voudrais qu'à l'avenir chacun de nous se demandât, lorsqu'il perd un tuberculeux, s'il a fait son devoir, tout son devoir, s'il a fait comprendre à la famille du malade quel était le sien.

Nos maîtres nous ont appris comment disparaissent certaines maladies évitables.

Je ne veux citer que les noms de ceux qui sont morts, je puis évoquer ce-ux de Jenner, de Pasteur. Vous, messieurs, vous avez ce bonheur que vos grands maîtres sont vivants; ils sont au milieu de vous, sur la brèche, prêts à mener au combat les multiples générations de leurs élèves.

Mais, si en ce moment je ne proclame pas leurs noms, croyez qu'aucun de nous n'a oublié celui qui nous a révélé la pathologie cellulaire, ceux qui nous ont dévoilé la forme et les mœurs de nos ennemis microbiens.

Quand nos maîtres ont engagé la lutte contre la variole, la rage, le choléra, la diphtérie, avaient-ils en main la technique qu'il- nous ont léguée?

Pourtant ils ont su vaincre. Pourquoi leurs élèves, mieux armés, saisissant la plus cruelle de toutes les maladies, la tuberculose, pourraient-ils désespérer du triomphe?

C'est dans cet espoir que nous avons répondu à votre appel. Certes, chacun de nous doit tenir compte des lois, des mœurs, des opinions régnant dans son pays d'origine, mais si les modes d'application on peuvent varier, nous devons nous mettre d'accord sur les règles générales. La communauté dans l'effort hâtera l'heure du succès. Notre idéal est le même, nous adoptions la pensée qui a groupé les promoteurs de ce Congrès, et qui leur a valu un si haut et si puissant patronage.

Nous avons le regard fixé sur ces malheureux déshérités de la fortune, qui restent désarmés devant la maladie, leur misère décuple leurs souffrances et, comme pour toutes les maladies épidémiques, ce sont eux qui paient à la tuberculose le plus lourd tribut; c'est sur eux que nous devons tout d'abord concentrer notre action.

Au nom des délégués de la France, je vous exprime notre ardent désir de lutter et de vaincre avec vous; sur le terrain où vous nous avez appelés, il ne peut y avoir que des ambitions désintéressées : chaque conquête scientifique y sera marquée par une atténuation dans les douleurs de tous ».

Et pour terminer ma relation officielle, il me reste à ajouter, que, jeudi matin, le duc de Ratibor a communiqué un télégramme de souhaits adressé par l'empereur Guillaume aux membres du Congrès.

R. ROMME,
Préparateur à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 Mai 1899.

Aortite en plaques d'origine paludéenne. — M. Lancereaux présente deux malades atteints d'aortite en plaques avec dilatation, d'origine paludique. Tous

deux ont été très améliorés par l'iode de potassium et le régime lacté.

Les maladies qui se transforment et les maladies qui s'en vont. — M. Laveran lit un rapport sur un travail de M. Roché (de Tourny), qui a étudié la disparition progressive du paludisme à la Puyssay.

Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. — M. Dieulafoy. (Voir même numéro, p. 257).

M. Laborde. Les accidents rapides d'intoxication doivent se produire aussi chez les animaux. Il est impossible d'admettre qu'une substance si toxique pour l'homme ne le soit pas aussi pour les animaux. Il y a donc là des expériences très intéressantes à faire.

M. Dieulafoy. Ces expériences ont été faites par MM. Debove et Achard; elles ont donné des résultats négatifs chez les animaux.

Mais il y a encore dans les kystes hydatiques de l'homme d'autres faits difficiles à expliquer; par exemple, pourquoi la rupture des kystes hydatiques dans le péritoine ne produit-elle pas toujours la mort? Pourquoi l'urticaire se produit-il parfois sans rupture du kyste hydatique?

M. Laveran. Les liquides toxiques pour l'homme ne sont pas nécessairement toxiques pour les animaux. Ainsi dans certaines expériences sur les sarcosporidies, on obtient un liquide extrêmement toxique pour le lapin et inoffensif pour les autres animaux.

L'emploi des solutions arsénicales en injections rectales. — M. Renault. Partant de ce point d'observation que la médication arsenicale ne peut presque jamais être poursuivie jusqu'à production de ses effets utiles, parce qu'on se heurte à l'intolérance gastrique, j'ai mis en usage des injections rectales de liqueur de Fowler diluées, faites avec une seringue de 5 centimètres cubes, armée d'une canule courbe à lumière capillaire. En se servant d'une solution de 4 grammes de liqueur de Fowler diluée dans 56 grammes d'eau distillée, et en injectant une à trois seringues par jour de cette solution, on fait absorber au malade 1/3 à 4 centigramme d'acide arsénieux.

M. Gautier me proposa de substituer le cacodylate de sodium, qui est une combinaison organique de l'arsenic, aux solutions arsénicales ordinaires.

Ce sel en effet n'est pas toxique (1 gramme injecté dans les veines d'un lapin ne le tue pas), et cependant il contient beaucoup d'arsenic (1 gramme de cacodylate de sodium contient 0 gr. 468 d'arsenic).

Je me sers d'une solution contenant, pour 4.000 grammes, 4 gr. 40 de cacodylate de sodium, ou plus exactement des deux solutions suivantes, l'une forte et l'autre faible :

Eau 200 grammes.
Cacodylate de sodium 0,25 centigr.

et

Eau 200 grammes.
Cacodylate de sodium 0,40 centigr.

J'injecte deux seringues par jour de cette solution dans le rectum pendant six jours, puis trois seringues pendant six autres jours, et je laisse le malade au repos pendant cinq jours.

Le cacodylate de sodium agit surtout sur les cellules nerveuses et se fixe sur les matières phosphorées.

L'arsenic n'est pas un médicament bacillifère; il agit seulement en diminuant les échanges et en ralentissant la consommation.

C'est ainsi qu'il peut donner d'excellents résultats dans la tuberculose au début, dans la tuberculose localisée, le diabète, le goitre exophtalmique et même dans la leucémie.

Ce n'est pas seulement un médicament actif, c'est un médicament à longue portée, dont l'action se poursuit longtemps encore après la cessation du médicament.

Pathogénie et cause de l'hypertrophie sénile de la prostate. — M. A. Guépin. L'hypertrophie sénile de la prostate est de nature, d'origine et d'évolution glandulaires. Elle passe par trois phases anatomopathologiques : 1° hypersécrétion, stagnation et dilatation des glandes; 2° infection des sécrétions stagnantes et sclérose périglandulaire commençante; 3° sclérose périglandulaire absolue. La *sclérose périglandulaire systématisée progressive* est donc la caractéristique de la prostate sénile.

Il n'est pas une prostatite qui ne puisse aboutir à l'hypertrophie quand l'infection trouve un terrain favorable (stagnation), et des conditions particulières d'ordre général (sénilité). Les causes de la prostate sénile, nécessairement associées pour agir, sont donc : 1° locales et non inflammatoires : stagnation des sécrétions dans les glandes dilatées; 2° locales et inflammatoires : prostatites surtout chroniques; 3° générales : sénilité due à l'âge (avant soixante-dix ans), aux excès, aux maladies, aux intoxications.

De ces notions découle le traitement logique étudié dans mes précédentes communications à l'Académie.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Mai 1899.

Etude histologique et chimique de la moelle osseuse dans l'intoxication phosphorée. — MM. Roger et Josué. L'intoxication phosphorée détermine dans la moelle osseuse du lapin deux ordres de modifications : les unes, analogues à celles que nous avons décrites dans d'autres circonstances, notamment dans les infections, sont essentiellement caractérisées par des proliférations cellulaires ; les autres sont de véritables lésions. Ces lésions nous semblent assez spéciales et diffèrent de toutes celles que nous avons observées jusqu'ici.

Des lapins adultes ont reçu sous la peau de l'huile phosphorée à 1 pour 100, tantôt à doses massives, de façon à entraîner la mort rapidement, en un ou deux jours, tantôt à doses fractionnées, de façon à permettre une survie de trois à sept jours.

À l'examen histologique de la moelle, on constate, en général, une congestion assez intense, une diminution plus ou moins marquée de la graisse et une prolifération des cellules qui porte surtout sur les gros mononucléaires à granulations neutrophiles, moins sur les lymphocytes et les formes intermédiaires entre ces derniers et les mononucléaires ; les cellules géantes, la plupart altérées, sont assez nombreuses ; les éosinophiles sont moyennement abondants.

En étudiant les cellules médullaires, on en voit quelques-unes qui présentent une altération spéciale observant parfois sur les moyens, plus souvent sur les gros mononucléaires et les cellules géantes. À un premier degré, c'est une sorte de fonte chromatique ; le noyau est coloré en masse par des réactions, on n'y distingue plus de réseau chromatique ni de membrane nucléaire. À un degré plus avancé, la substance chromatique qui s'était dissoute dans le noyau diffuse dans le protoplasma, celui-ci fixe plus ou moins les substances qui ont une affinité pour la chromatine nucléaire, l'hématoxyline les colore en violet plus ou moins intense. Enfin, dans certains éléments, la diffusion est complète, noyau et protoplasma ne forment plus qu'une masse noire.

L'analyse chimique nous donne enfin des renseignements très précis sur le degré de la réaction médullaire. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'examen histologique. À mesure que la prolifération devient plus intense, l'eau, les albumines solubles, les matières insolubles augmentent tandis que la graisse diminue. Cette méthode a l'avantage de porter sur la totalité de la moelle osseuse ; elle complète l'étude histologique, qui ne permet d'examiner que des portions restreintes du tissu.

Sur la cirrhose hypertrophique alcoolique anasictique. — M. Gilbert. J'ai décrit avec Huxol une forme de cirrhose alcoolique, la cirrhose alcoolique hypertrophique, laquelle, tout en réclamant sa place à côté de la cirrhose de Laënnec doit lui être opposée. De graine identique, les deux cirrhoses semblent puiser leurs différences dans les terrains où elles germent. Ici, l'organisme se défend mal, le parenchyme glandulaire s'atrophie et l'insuffisance hépatique est prédominante ; là, l'organisme lutte, la cellule du foie résiste et s'atrophie, se régénère peut-être, et toute menace d'insuffisance est écartée. Le pronostic des deux cirrhoses est, par suite, fort dissimilable, et la curabilité de l'une fait contraste avec la fatalité de l'autre.

D'une façon générale, la rate se comporte comme le foie ; je veux dire que, dans la forme hypertrophique, la splénomégalie est beaucoup plus fréquente et plus considérable que dans la forme atrophique. Hépatomégalie et splénomégalie, tels sont les symptômes physiques fondamentaux de la maladie. Il peut s'y joindre de l'ascite et un développement anormal de la circulation veineuse des parois de l'abdomen, mais l'ascite, cependant, peut faire défaut dans la cirrhose alcoolique hypertrophique beaucoup plus souvent que dans la cirrhose de Laënnec.

Cette anasictie, relativement fréquente, tient sans doute à ce que, dans ce type morbide, le foie demeure plus perméable à la circulation veineuse que dans le type décrit par Laënnec.

Dès que l'imperméabilité du foie se manifeste, la circulation veineuse tégumentaire des parois abdominales prend un développement supplémentaire. Mais, de même que l'ascite, ce développement anormal veineux fait défaut plus souvent dans la cirrhose hypertrophique que dans l'atrophique. Quand il se montre, il est susceptible d'atteindre un degré plus notable que dans cette dernière.

Tout réagit dans la cirrhose hypertrophique : le foie et la rate qui augmentent de volume, les veines collatérales qui se multiplient et se dilatent. Dans ces conditions se conçoit la bénignité relative de la cirrhose hypertrophique, et, de fait, souvent la survie est de longue durée. Ces cirrhotiques alcooliques hypertrophiques ne sont pas exempts de toutes complications, cependant, et même il est un danger qui les menace plus que dans la cirrhose de Laënnec, je veux parler de celui d'une hémorragie gastro-œsophagienne. C'est par une semblable complication que sont emportés un grand nombre de malades affectés de cirrhose alcoolique hypertrophique. Si la circulation chez eux se développe à la surface d'une façon inusitée, il en est de même dans

la profondeur, d'où la rupture facile des vaisseaux gastro-œsophagiens. C'est donc par un procédé original, non d'une façon passive, comme dans la maladie de Laënnec, mais en se défendant, et du fait de l'exagération, pour ainsi dire, d'un moyen de défense, que l'organisme succombe dans la cirrhose alcoolique hypertrophique.

Sur les rapports entre la toxicité vraie d'une solution et sa tension osmotique. — MM. Claude et Balhazard. Sous le nom de toxicité vraie d'une solution, on doit entendre sa toxicité chimique par opposition à l'osmototoxicité ou toxicité physique qui résulte des échanges osmotiques liés au défaut d'isotonie de la solution et du sang du lapin, pris comme animal réactif. La toxicité globale, mesurée par injection intra-vasculaire chez le lapin, est la somme de la toxicité vraie et de l'osmototoxicité. Nous avons recherché les variations de la toxicité vraie d'une substance en faisant varier la solution, d'une part, et sa tension osmotique, d'autre part. Les résultats obtenus peuvent être ainsi résumés :

1° En solution isotonique, la toxicité vraie est inversement proportionnelle au volume de la dilution ;

2° En solution non isotonique, la relation précédente est encore exacte, à condition que l'on opère sur des solutions ayant le même défaut d'isotonie par rapport à l'organisme du lapin.

3° En solution non isotonique, la toxicité vraie d'une substance croît avec le défaut d'isotonie.

Pour le métravandate de soude, par exemple, dont la toxicité a été discutée dans ces derniers temps, nous avons obtenu, en employant une solution au 1/5000, 3 toxies 12 de toxicité vraie contenue dans 100 centimètres cubes de la solution ; en l'additionnant de 1 pour 100 de NaCl (isotonie) et 4 toxies 73 par addition de 10 pour 100 de NaCl (hypertonie). La toxicité de ce corps, mesurée en solution isotonique, est donc de 6 millier. 4 par kilogramme d'animal, quelle que soit la dilution de la solution, mais dans les conditions énoncées.

Ces faits expliquent en partie les résultats contradictoires obtenus par les expérimentateurs dans la recherche des toxicités et montrent bien qu'il est nécessaire d'indiquer exactement dans quelles conditions d'isotonie et de dilution les expériences ont été conduites.

Les leucocytes dans les anémies. — M. Hayem. Au cours d'anémies intenses, du quatrième degré, j'ai remarqué que certains leucocytes résistaient à l'étalement sur lame. Ces éléments étaient formés au centre par une masse grenue, et leur protoplasma se laissait facilement imbibé d'hémoglobine. Je crois pouvoir identifier ces cellules aux éléments neutrophiles d'Ehrlich, et actuellement, je les appellerai volontiers leucocytes à infiltration granuleuse.

Éléments parasitaires dans le cancer. — M. Bosc. Dans un cas de cancer du sein, les coupes histologiques m'ont permis de reconnaître un certain nombre de stades évolutifs parasitaires. J'ai retrouvé des types de granulations constituées par une petite masse homogène ou à centre opaque et plus coloré, dont les bords, parfaitement ronds ou irréguliers, sont entourés par une zone mucopolysaccharidique qui reproduit leur forme.

M. Fabre-Domergue. Je crois qu'il ne s'agit pas, dans ces figures décrites par M. Bosc, de formes évolutives de sporozoaires inclus dans les cellules vivantes, mais de troubles dans l'évolution cellulaire, de simples produits de dégénérescence de la cellule cancéreuse.

Sensibilité osseuse. — M. Egger. J'ai pu me convaincre que les trépidations du diapason étaient transmises, non par la surface tégumentaire, mais par le périoste. Appliquant ces données à la recherche de la sensibilité osseuse au cours de diverses maladies du système nerveux, j'ai constaté que cette sensibilité osseuse pouvait être indépendante comme apparition, répartition et intensité, de la sensibilité cutanée ou articulaire.

Sur la composition chimique du corps de l'embryon du fœtus humain aux différentes périodes de la grossesse. — M. Ch. Michel. L'eau, l'azote total, les substances minérales et, en particulier, le chaux, l'acide phosphorique, la magnésie et le chlore, furent dosés chez des fœtus de différents âges et chez un nouveau-né. Les résultats montrèrent que :

La quantité d'eau diminue progressivement du commencement à la fin de la vie intra-utérine (de 94 pour 100 pour un embryon de trois mois à 69 pour 100 pour un nouveau-né). Le rapport des sels solubles chlorures et phosphates alcalins aux sels insolubles diminue parallèlement.

La fixation de l'azote, de la chaux, de l'acide phosphorique est surtout très active pendant les deux derniers mois, environ quatre fois ce qui avait été fixé pendant les sept premiers.

Eau oxygénée et substances albuminoïdes. — M. Lépinou envoie une note sur l'action, à l'égard de l'eau oxygénée, de certaines substances albuminoïdes contenues dans les tissus vivants.

Opothérapie splénique. — M. Goduchau insiste sur l'action stimulante du tissu splénique, donné par ingestion, et sur la nécessité d'enlever l'organe splénique en pleine activité, en pleine congestion, quelques heures après le repas de l'animal, pour obtenir le maximum d'effets thérapeutiques.

Cicatrisation du tégument externe. — M. Branca expose le résumé de ses recherches sur le rôle des filaments d'union dans la cicatrisation de l'épiderme et leur persistance dans la mitose.

A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

L'iodure de potassium en lavement.

Toutes les fois que l'iodure de potassium n'est pas toléré par l'estomac, M. le professeur Kirstein (de Berlin) administre ce médicament par la voie rectale.

Avec une seringue ordinaire, munie d'un embout en caoutchouc, le malade s'injecte dans le rectum, trois fois par jour, 10 centimètres cubes de la solution suivante :

Eau distillée 200 grammes.
Iodure de potassium 8 à 10 —

Comme cette solution ne demande pas à être chauffée avant d'être injectée dans le rectum, ces petits lavements se prennent aussi commodément qu'une pilule ou une potion.

Il arrive quelquefois, au début, qu'après avoir pris son lavement, le malade ressent un besoin d'aller à la selle. Il va de soi que ce besoin doit être réprimé. Du reste, pour établir une accoutumance, on peut débiter par des solutions moins fortes de médicament.

Les malades de M. Kirstein ont pu prendre ces lavements pendant des mois, sans qu'il fût survenu de troubles du côté du rectum. Ajoutons que l'administration de l'iodure de potassium par la voie rectale ne met pas à l'abri des accidents d'iodisme.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Ce concours s'est ouvert le lundi 29 Mai. Huit candidats étaient inscrits qui ont remis chacun une copie. La question tirée au sort était : Région ombilicale. De l'effort.

La première séance de lecture des compositions aura lieu à Beaulieu, aujourd'hui mercredi 31 Mai, à 5 heures.

Concours pour le prosectorat. — Questions écrites. — ÉPIPLON GASTRO-HÉPATIQUE. SECRETION BILIAIRE. CALCULS DE CHOLELITHES. Ordre de lecture des compositions : 31 Mai, à 4 heures ; MM. Luys, Ombredanne, Dujarrier, Monod, Veau, Gubé, Proust, Labey, Marcille.

Concours de l'adjuvat. — Question écrite. — DIAPHRAGME (Anatomie et physiologie). Ordre de lecture : 2 Juin, à 4 heures ; MM. Desjardins, Lenormand, Auffret, Chifolieu.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — ÉLECTION DE DEUX CORRESPONDANTS NATIONAUX (PREMIÈRE DIVISION). — Les candidats présents étaient : en première ligne, M. Vincent (de Rochefort) ; en seconde ligne, M. Coyne (de Bordeaux) ; en troisième ligne, MM. Catrin (de Valenciennes) et Lalesque (d'Archaon) ; en quatrième ligne, MM. Boinet (de Marseille) et Motais (d'Argers).

Première élection. — M. Vincent est élu par 52 voix, contre 8 à M. Lalesque, 6 à M. Coyne, 4 à M. Catrin, 4 à M. Boinet.

Deuxième élection. — M. Coyne est élu par 48 voix contre 11 à M. Lalesque, 6 à M. Catrin, 4 à M. Motais.

Correspondance de l'Assistance publique. — Par décret, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris est autorisé à recevoir en franchise, sans condition de contreseing, la correspondance relative au service de son administration qui lui est adressée des localités situées dans le département de la Seine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, décédé lundi à l'âge de soixante-trois ans.

On annonce également la mort de M. Célières, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, décédé à l'âge de soixante-quatorze ans.

Étranger.

— M. Julius Stumpf est nommé professeur de médecine légale à l'Université de Wurzburg.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 4, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : **Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.**

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;

2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 20 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^o, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT GUBLER TROUSSEAU CHARCOT
Tr. Pharm. page 300. Comment du Codex page 813. Thérapeutique page 214. Cliniq. Salpêtrière.

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est un névrosébénique et un puissant sédatif
DE LA NEURASTHÉNIE, DES NÉVROSES, DES NÉVRALGIES
Une à deux cuillerées à café, matin et soir, dans un demi verre d'eau sucrée.

THÉ ST-GERMAIN (Codex p. 538) de PIERLOT. Purgatif sûr et agréable
C. LANCELOT & C^o, 26, Rue St-Claude, Paris et toutes pharmacies.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
Laxatif 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
La Boîte de 60 pilules: 3 fr. — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

HÉMORRHAGIES ANÉMIE **LYMPHATISME CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°

— — — — —

PRIX DU FLACON 4 FRANCS

LYSOL ANTISEPTIQUE. — Echantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.
22 et 24, PLACE VENDÔME

OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE
Oxyhémoglobine
ET
Glycérophosphate
de **CHAUX**
(IDENTIQUES à CEUX de l'ORGANISME)

MARIUS FRAISSE, Pharmacien
83, RUE MOZART, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE AU CORPS MÉDICAL EXCLUSIVEMENT

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.	L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Lariboisière, Membre de l'Acad. de médecine.	H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.	M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.	M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.	F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.	

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

ORGANISATION DE LA CURE D'AIR POUR LES TUBERCULEUX A L'HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE PENDANT L'HIVER 1898-99, par MM. HECTOR MAILLART et HENRI REVILLON (avec 3 figures en noir) 265

Congrès pour la lutte contre la tuberculose (tenu à Berlin du 24 au 27 Mai 1899) (Suite et fin) :

V. Traitement de la tuberculose dans les sanatoriums : Les sanatoriums au point de vue financier et juridique, M. MEYER, rapporteur. — Les caisses d'assurance contre les maladies dans leurs rapports avec les sanatoriums, M. FALDESANO, rapporteur. — Construction des sanatoriums, N. SCHMIDEN, rapporteur. — Aménagement, organisation et résultats thérapeutiques des sanatoriums, M. SCHULZEN, rapporteur. — Assistance des familles des ouvriers soignés dans les sanatoriums et assistance des ouvriers après leur sortie des sanatoriums, M. P. PANSWITZ, rapporteur. — Lo sanatorium de Dandenfelc pour les ouvriers des fabriques hadoises d'aniline et de soude à Ludwigshafen, M. WESTHOVEN. — Les résultats obtenus dans les sanatoriums créés par les caisses honséatiques d'assurances, M. REICHER. — Les sanatoriums maritimes pour enfants, M. EWALD. — Sanatoriums pour les enfants au bord de la mer et dans les stations de bains de boue, M. VOLLMER. — Création des sanatoriums pour enfants tuberculeux, M. A. BAGINSKY. — Le rôle et les devoirs des diverses caisses d'assurances pour ouvriers dans la lutte contre la tuberculose, M. MAYER. — Création des sanatoriums pour les tuberculeux des classes moyennes, M. HOHE. — Note sur les sanatoriums, MM. BROUARD et GRANCHER. — Les sanatoriums pour tuberculeux pauvres en Suisse, M. SCHMID. — Société de Badia-Pestla pour la création de sanatoriums populaires, M. KUTNY. — L'installation au nouvel hôpital de Monaco d'un pavillon spécial avec cure d'air pour les phthisiques, M. VIVANT. — Les sanatoriums et le traitement diététique des tuberculeux en Angleterre, M. RUFENACHT WALTERS. — Les sanatoriums pour tuberculeux pauvres en Norvège, M. EDWARD KACRIN. — Le sanatorium populaire de Porto-Celi, MM. DOMINI et SANCHEZ-ROSAL. — Sanatoriums et colonies agricoles, M. BOERCART 267

MÉDECINE PRATIQUE

De la stérilisation de l'eau en chirurgie, par M. P. DESFOSSÉS (avec 1 figure en noir) 270

ANALYSES

Médecine expérimentale : Des modifications histologiques du sang dans quelques intoxications expérimentales, par M. G. GARRIÈRE 272

Chirurgie : Extirpation d'une tumeur névroïde de l'intestin, par M. J. H. NICOLL 272

Obstétrique et gynécologie : De l'influence de la grossesse sur les dents, par M. TERRIER 272

Thérapeutique et matière médicale : L'enquinine dans le traitement de la coqueluche, par M. GASSEL 272

Pharmacodynamie : Sur l'altération de la gaze iodofornée, par M. LOUVRY 272

Le Congrès de Berlin : Le bilan : Sanatoriums

VICHY-CÉLESTINS

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
(Angine de poitrine)

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

GONTRÉVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE, T. I. — N° 44, 3 JUIN 1899.

pour riches et sanatoriums populaires, par M. R. ROMME 210

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Sur un champignon parasite dans les affections cancéreuses, M. J. CHEVALIER 211

Société anatomique : Cirrhose avec productions nodulaires et granulations tuberculeuses, M. MONTHUS, M. CORNIL. — Gangrène sèche du membre inférieur par athérome oblitérant de l'aorte abdominale, M. BACALOGU, MM. APERT, LEGUEU 212

LIVRES NOUVEAUX

La spécificité cellulaire, par M. L. BARD. — La sexualité, par M. LE DANTEC 212

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

Bon poste à prendre, à Mailly (Aube), vacant par suite de la mort du titulaire, 3.000 habitants en 12 villages et de 10 à 12.000 francs d'affaires. Seul médecin. S'adresser au maire de Mailly.

Excellent remplacement dans établissement médical du 15 Juin au 1^{er} Octobre, conviendrait à médecin d'une station hivernale et marié. S'adresser au journal (366).

Externe des hôpitaux demande à faire remplacement à Paris, pendant les mois de Juillet et Août. S'adresser au journal (365).

Jeune docteur, ancien interne des hôpitaux, ayant déjà fait plusieurs remplacements, en demande d'autres. Ecrire à M. Henry, 6, rue Faustin-Hélie.

Clientèle 10.000 francs touchés, département du nord de la France, commune de 4.000 habitants, à céder pour raisons de famille. Aucune indemnité, mais location (1.000) de l'habitation avec bail d'une certaine durée. S'adresser au journal (367).

Poste médical à prendre gratuitement quartier de l'Europe. S'adresser au Dr G. Petit de 3 heures à 3 h. 1/2, mercredi et vendredi, 17, rue de Moscou.

A céder, dans de bonnes conditions, matériel (absolument neuf) de salle d'opération. S'adresser aux bureaux du journal ou 40, rue Godot de Mauroy, à l'entresol.

CROSNIER SIROP MINÉRAL SULFUREUX
Succédané des Eaux Sulfureuses.

VER SOLITAIRE Guérison par les GLOBULES DE SECRETAN
A l'Extrait vert éthéré des Rhizomes frais de Fongère mâle des Vosges.
Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

ANNALES D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES. Revue mensuelle publiée par la Société d'Hydrologie médicale de Paris. Directeur scientifique : Dr ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé, médecin de la Pitié. Rédacteur en chef : Dr BARDET, chef de laboratoire à la Pitié. Prix de l'abonnement annuel : France, 10 francs; Étranger, 12 francs. GEORGES CARRÉ et C. NAUD, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.

LE CONGRÈS DE BERLIN

LE BILAN

SANATORIUMS POUR RICHES ET SANATORIUMS POPULAIRES

Je ne me suis pas trompé en écrivant, il y a huit jours, avant même l'ouverture du Congrès, que la cause des sanatoriums envisagés comme instrument de prophylaxie et de traitement de la tuberculose, maladie endémique, était gagnée d'avance. Des communications que j'ai entendues, des conversations particulières que j'ai eues avec des médecins belges, suisses russes et autres, il ressort clairement que, si l'on veut obtenir des résultats palpables dans le traitement des tuberculeux, ce traitement doit dorénavant se faire exclusivement dans des sanatoriums, sanatoriums fermés, rigoureusement disciplinés, dirigés avec toute l'autorité nécessaire par un médecin connaissant ses devoirs et se rendant compte de la responsabilité qui lui incombe.

Pour exposer avec plus de clarté cette idée, et surtout pour l'envisager au point de vue de l'avenir des sanatoriums en France, la question doit être scindée en deux. Il faut, notamment, considérer séparément les sanatoriums pour riches et les sanatoria populaires, c'est-à-dire pour les ouvriers et toutes les catégories d'assistés.

Commençons par les riches.

Il est donc bien entendu que les riches, s'ils veulent guérir, doivent se soigner dans des sanatoriums. « Un sanatorium pour tuberculeux, nous disent MM. Brouardel et Grancher, doit être fermé, discipliné, aseptique. Plus le sanatorium se rapprochera de l'idéal dans chacun de ces termes de définition, plus il comptera de succès. » « Si, à l'heure actuelle, d'après Sir Hermann Weber, la cure de la tuberculose échoue souvent dans les stations climatiques (Pau, Cannes, Riviera, Arco, Montreux, etc.), la faute en est au malade lui-même qui, ordinairement, vit dans ces endroits d'une façon antihygiénique, réduisant à rien l'action bienfaisante du climat. »

Ces conditions antihygiéniques, on les connaît, et elles sont les mêmes aussi bien en France qu'en Suisse ou au Tyrol : c'est le casino, le café-concert, le théâtre, la promiscuité des malades avec les vi-

CARABANA Purgation pour régimes. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

veurs, les joueurs, les marcheurs, vieux ou jeunes, traînant derrière eux le bataillon classique de Cynthère. Dans ces conditions, un médecin ayant souci de l'avenir de son malade, enverrait plutôt son tuberculeux dans un sanatorium en Sibérie qu'il ne le dirigerait vers le pays ensoleillé du littoral ou dans les stations à la mode de la Suisse ou du Tyrol; et il aura raison...

Mais, comme l'a très bien fait remarquer M. Landouzy au Congrès de Berlin, le sanatorium simple n'est pas une panacée; et, très vigoureusement, il a fait ressortir, dans sa communication, ce fait qu'il serait irrationnel de ne pas utiliser en même temps, suivant chaque cas particulier, les adjuvances thérapeutiques que peuvent fournir le climat, l'altitude et les eaux minérales. Ces adjuvances thérapeutiques, comme les appelle M. Landouzy, le riche peut se les offrir. Or, le seul pays qui possède une véritable gamme de ressources thérapeutiques de ce genre: bord de la mer, altitudes variées, eaux minérales, c'est la France. Il s'ensuit que s'il est un pays qui doit être utilisé pour le traitement des tuberculeux riches dans les sanatoriums, c'est bien la France; et qu'en établissant des sanatoriums sur le littoral, dans les montagnes de l'Auvergne du Dauphiné, des Pyrénées et des Alpes, à des altitudes diverses ou proches les stations thermales, la France pourra, en quelque sorte, devenir le pays de choix pour le traitement des tuberculeux riches ou même seulement aisés.

A mon retour à Paris, j'ai trouvé ces idées développées assez complètement dans la dernière séance de la Société de thérapeutique. Et, à ce propos, je ne puis m'empêcher de faire observer que toutes ces choses auraient singulièrement gagné à être dites à Berlin; mais, pour les dire à Berlin, il fallait y aller, et les déplacements de ce genre comportent une série de gênes, de sacrifices même qui ne sont pas du goût de tous et font reculer ceux qui, en parole, se montrent les plus ardents. Cependant, dès qu'on se mettrait à faire vibrer la corde des « intérêts français » menacés, il fallait payer de sa personne et aller à l'endroit même où se livrait la bataille, comme l'ont, du reste, fait simplement et sans étalage de patriotisme, MM. Brouardel, Landouzy, Lannelongue, Metchnikoff, Mosny, Nocard, Thoinot, Spillmann, Haushalter, Derecq, Petit, Courmont, etc. *Non verba, sed acta...*

Je m'empresse, du reste, de déclarer que le Congrès de Berlin n'était pas réuni dans le but d'amener la ruine « des intérêts français ». J'ai le regret de le dire, mais ceux qui ont soutenu cette thèse, ont fait preuve d'une certaine naïveté et montré une ignorance absolue des lois sociales de l'Empire allemand. Ils auraient dû savoir que c'était surtout la question des sanatoriums populaires qui était en jeu; or, le mouvement en faveur des sanatoriums populaires, en Allemagne, fait partie intégrante du socialisme d'Etat et est la conséquence fatale des lois d'assurances obligatoires contre l'invalidité, la vieillesse et la maladie, lois auxquelles sont soumis les ouvriers allemands.

Quoi qu'il en soit, la question des sanatoriums pour riches n'est pas absolument résolue. Je veux dire par là que la notion de la cure combinée de la tuberculose par les sanatoriums et les adjuvances thérapeutiques, telle que M. Landouzy l'a définie au Congrès de Berlin, doit être propagée et gravée dans l'esprit des médecins tant français qu'étrangers. Il faut qu'au Congrès international qui, dans un an, va se réunir à Paris, cette question soit ouverte et largement discutée; il faut que certaines de nos villes du littoral et certaines de nos stations thermales se mettent vite à la besogne et puissent montrer sur plans ou émergeant du sol des villas (homes sanatoriums), ou des établissements dans lesquels régneront l'esprit et la lettre des sanatoriums combinés avec la cure climatérique ou hydro-minérale. De cette façon sera définitivement établie la réputation de la France en tant que pays de choix pour le traitement moderne, complètement rationnel de la tuberculose pulmonaire. Mais, il n'est que temps de se mettre à l'œuvre!

J'arrive aux sanatoriums pour pauvres, dont la nécessité pour la France est suffisamment haut clamée par le chiffre de 150.000 individus qui, tous les ans, meurent chez nous de tuberculose.

La première question qu'il se pose est celle de savoir ce qu'il faut penser des guérisons dans une

proportion de 20 pour 100 et des améliorations équivalant à des guérisons dans une proportion de 30 à 35 pour 100, qu'annoncent les sanatoriums allemands par un séjour de trois, mettons de six à neuf mois dans l'établissement?

A cet égard, le premier mouvement est celui de méfiance, et MM. Brouardel et Grancher l'ont fort bien résumé en prenant l'ouvrier tuberculeux au moment où, guéri, il sort du sanatorium. C'est entendu: il a engraisé, il n'a plus de fièvre, ne crache plus. Et après? Combien de temps cette amélioration résistera-t-elle à la reprise du labeur journalier qui attend le phthisique à sa sortie du sanatorium? Et l'alimentation intensive, comment y pourvoir avec son salaire, s'il a une famille à nourrir? Et l'aération de jour et de nuit, comment l'assurer dans un étroit logis? Et le repos si nécessaire à la première apparition de la fièvre, comment le disputer à la tâche qui commande?

C'est très juste. Et c'est ce que disent aussi les socialistes allemands, par leur organe le journal « Vorwärts » (En avant), par exemple, que j'ai en ce moment sous les yeux. Mais, si les socialistes ont raison de répudier les demi-mesures et de maintenir intégralement leur programme de rénovation sociale; si les socialistes allemands, en particulier, ont raison de combattre, en tant que parti d'opposition, le socialisme d'Etat, il est un argument péremptoire qu'on peut opposer à la critique, pour ainsi dire thérapeutique formulée si justement et en si excellents termes par MM. Brouardel et Grancher.

Cet argument le voici: depuis que des Caisses d'assurances contre l'invalidité contribuent à la création des sanatoriums et aux frais de traitement des tuberculeux peu avancés, qui sont envoyés par les caisses d'assurances contre la maladie; elles réalisent de ce fait, tous les ans, des économies considérables. D'autre part, les résultats du traitement des tuberculeux dans les sanatoriums produisent, au point de vue social, un bénéfice évalué, pour un avenir prochain, par le Bureau d'hygiène de l'Empire allemand, à 8,875,000 francs par an, déduction faite des frais de traitement et des intérêts des capitaux engagés. Ces deux faits constituent un argument péremptoire qu'on peut opposer, au point de vue médical, à la critique des résultats que donne déjà le traitement des tuberculeux peu avancés dans les sanatoriums populaires en Allemagne.

Mais l'objection contre la création des sanatoriums populaires en France est d'un tout autre ordre: c'est la difficulté ou plutôt l'impossibilité, qu'on rencontrera dans les conditions actuelles, de recruter les ouvriers tuberculeux au premier degré qui, seuls ou presque seuls, bénéficient réellement d'un séjour dans un sanatorium, et peuvent y guérir.

En Allemagne, ce recrutement se fait tout seul. Tout d'abord, les médecins attachés aux Caisses d'assurances contre la maladie et qui soignent les ouvriers, ont le mot d'ordre de dépister la tuberculose, d'examiner les crachats au moindre soupçon, d'avoir toujours l'œil sur les ouvriers présentant des antécédents tuberculeux, sur les ouvriers travaillant ou ayant travaillé à côté d'un tuberculeux, sur les ouvriers exerçant des professions prédisposant aux affections de l'appareil respiratoire, et, par conséquent, à la tuberculose pulmonaire. En second lieu, la propagande faite, parmi les ouvriers, au moyen de conférences, de journaux, de brochures explicatives, etc., a fait connaître aux masses populaires — *grosso modo*, je le veux bien — les premiers symptômes de la tuberculose. De cette façon, de par le concours du médecin et de l'ouvrier, le recrutement des tuberculeux au début ou du moins des tuberculeux peu avancés, se trouve assuré en Allemagne.

Mais en France? J'évoque seulement devant les yeux de mes lecteurs le tableau d'une consultation dans un grand hôpital de Paris ou de province, et je m'arrête! Et en second lieu, je demanderai combien il y a de médecins attachés aux diverses sociétés de secours mutuels, aux grandes administrations, aux fabriques et usines, qui se donnent la peine d'épier la tuberculose menaçante ou commençante? Combien y en a-t-il qui se donnent la peine de rechercher les bacilles dans les crachats? Combien y en a-t-il qui sont outillés pour cette recherche?

C'est ce vice de recrutement qui est le seul argument sérieux qu'on puisse formuler à l'heure actuelle contre la création des sanatoriums populaires destinés aux tuberculeux du premier degré,

les seuls qui peuvent y guérir. Je ne parle pas des difficultés financières — construction des sanatoriums, entretien des malades hospitalisés, assistance de leurs familles — résultant de ce fait que nous ne pouvons compter sur le concours matériel des ouvriers non encore syndiqués contre la maladie. Pourtant, nous avons l'exemple de la Suisse où, pas plus que chez nous il n'existe d'assurance obligatoire contre l'invalidité et la maladie, et qui, à l'heure actuelle, possède cependant déjà 7 sanatoriums populaires avec 366 lits, et est en train d'en créer d'autres.

Devons-nous donc renoncer aux bienfaits des sanatoriums populaires et ne point nous mettre immédiatement à réaliser la seule œuvre qui assure à la fois la guérison des malades et la protection des biens portants? Nullement. Certes, l'absence de toute organisation préliminaire et appropriée, que je viens de signaler, rendra la tâche particulièrement difficile. Mais, nous ne devons pas perdre de vue que la réalisation de cette tâche se comptera, pour la France, par un gain annuel de 30.000 existences et par une prolongation de la vie de 35.000 autres. Ces chiffres sont assez éloquentes pour me dispenser de tout commentaire.

Mais, il faut que les bonnes volontés se groupent en vue d'une action commune et secouent la torpeur de la société et des pouvoirs publics. L'initiative personnelle, mue par une entreprise d'un intérêt à la fois humanitaire, économique et social, peut beaucoup, à la condition de se manifester, à la condition d'agir. *Acta, non verba...*

R. ROMME,
Préparateur à la Faculté.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

23 Mai 1899.

Sur un champignon parasite dans les affections cancéreuses. — M. J. Chevalier. Nous avons obtenu un parasite spécial de cultures d'origines différentes, savoir :

- 1° De tumeurs chirurgicales fraîches prises sur le vivant;
- 2° De noyaux secondaires non ulcérés provenant d'aulopies;
- 3° Du sang des cancéreux qui donne des cultures lorsque la tumeur est assez avancée;
- 4° De l'air des salles de cancéreux.

Les tumeurs expérimentales obtenues sur les animaux fournissent les mêmes résultats.

Les cultures ont toujours été faites sur un bouillon de mamelles de vache. Elles sont ensuite acclimatées sur différents milieux sucrés.

Ces cultures blanches prennent, à un moment donné, une coloration rosée due aux spores sorties des sphères, qui se disséminent dans le liquide. Cette coloration ne se montre jamais dans des cultures faites à l'abri de la lumière.

La température optima, pour ce parasite, est de 28° à 35°.

L'ébullition à 100° pendant dix minutes ne tue pas les spores.

Les différences morphologiques des éléments qu'on rencontre dans les cultures sont considérables, suivant que les parasites sont cultivés sur bouillon de mamelle, ou sur chou. Voici l'évolution de ces formes variées :

Une cellule cylindrique ou conidie (forme souvent rencontrée dans le sang des cancéreux) mesure en moyenne 6 μ en longueur et 2 μ en largeur. On ne tarde pas à la voir devenir bi- ou multi-cellulaire, s'accroître en donnant naissance à un mycélium irrégulièrement septé, puis à des conidies endogènes. Ce mycélium est tantôt simple, tantôt ramifié; parfois même, il s'anastomose avec d'autres filaments voisins formant des faisceaux homogènes ou irréguliers. Entre ces faisceaux se rencontrent, soit des conidies uni- ou bi-cellulaires qui, ont tendance à se grouper en cercles concentriques, soit des sphères. Ces sphères proviennent des conidies unicellulaires, qui, au lieu de se diviser, s'accroissent, s'arrondissent et arrivent à former des sphères réfringentes de couleur jaune clair qui peuvent mesurer 12 μ et 15 μ de diamètre. Ces sphères donnent naissance à des spores endogènes, plus colorées, qui se libèrent. Ces spores se présentent sous la forme de petits corpuscules de 1 μ et moins, réfringents, d'un rouge rubis, tantôt ronds, tantôt présentant une forme bacillaire. Ces spores, suivant qu'elles restent unicellulaires ou qu'elles deviennent bi-cellulaires, donnent naissance à des sphères dans le premier cas, à des conidies dans le second.

L'inoculation des cultures de ce champignon sur la peau de cobayes, de lapins et de chiens, a donné lieu à

la production de tumeurs à l'endroit de l'injection. Au bout d'un certain temps, nous avons pu constater les symptômes de cachexie chez ces mêmes animaux. A l'autopsie de certains sujets, on trouve des généralisations de tumeurs ganglionnaires et des noyaux secondaires viscéraux.

L'examen microscopique de ces tumeurs montre un tissu analogue tantôt au sarcome, tantôt au fibro-sarcome, tantôt au carcinome.

Il semble que ce parasite doit être identifié à celui qu'a signalé M. Bra.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

26 Mai 1899 (suite).

Cirrhose avec productions nodulaires et granulations tuberculeuses. — M. Monthus présente le foie d'un homme, alcoolique et tuberculeux, qui est mort dans le service de M. Cornil, après avoir présenté des hémorragies multiples.

Hypertrophié, débordant les fausses côtes, ce foie offre, à la coupe, une consistance ferme et un aspect un peu particulier; la surface de section est parsemée de deux sortes de granulations, les unes opaques, d'un jaune safran, les autres semblant être des tubercules.

Les autres viscères, et en particulier le poumon, portent des lésions de tuberculose.

M. Cornil a pratiqué des coupes histologiques de ce foie et a constaté que les deux ordres de granulations différaient au microscope comme à l'œil nu, les premières représentant des nodules d'évolution nodulaire, entourés de tissu de cirrhose, les secondes offrant l'aspect du tubercule avec cellule géante.

Gangrène sèche du membre inférieur par athérome oblitérant de l'aorte abdominale. — M. Balcaloglu montre l'aorte d'un homme de soixante-quatre ans qui a succombé à une gangrène sèche du membre inférieur gauche. On note des lésions d'athérome qui vont croissant depuis l'origine de l'aorte jusqu'à sa bifurcation terminale: l'aorte abdominale est dilatée, bosselée, obstruée presque complètement par un caillot déjà ancien.

Du côté droit, la circulation artérielle du membre inférieur a pu être assurée par les anastomoses de l'épigastrique et des perforantes; à gauche, l'origine et le tronc de la fémorale sont oblitérés par un long caillot.

M. Apert a observé un cas presque identique, qu'il a communiqué à la Société en 1896. Dans ce cas aussi, il existait une gangrène sèche unilatérale gauche, remontant jusqu'à mi-jambe. A l'autopsie, on trouva une oblitération de la partie inférieure de l'aorte abdominale à partir de la mésentérique inférieure, ainsi que des artères iliaques primitives externes et internes des deux côtés. A droite, le caillot s'arrêtait à l'origine de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque par lesquelles la circulation avait pu se rétablir. A gauche, au contraire, l'obstruction descendait jusqu'au delà de l'origine de la fémorale profonde.

M. Leguen a été amené, dans un cas, à lier l'artère iliaque primitive du côté gauche et l'artère hypogastrique du côté droit. Or, on n'observa aucun phénomène de gangrène des membres inférieurs.

(A suivre.)

V. GRIFFON.

LIVRES NOUVEAUX

L. Bard. *La spécificité cellulaire.* — Le Dantec. *La sexualité*, 2 vol. de 400 p., in-8° de la collection *Scientia*, (CARRÉ et NAUD, éditeurs, Paris, 1899.)

Le progrès scientifique est si rapide, les découvertes sont si nombreuses, qu'il est fort difficile de se tenir au courant des acquisitions nouvelles. A côté des revues et des journaux, qui sont généralement remplis par les recherches originales ou par l'exposé de quelque question de détail, il y a place pour des encyclopédies donnant, sous forme de brochures séparées, l'état actuel des questions à l'ordre du jour. C'est dans cet esprit qu'a été conçue la nouvelle collection dont le titre indique suffisamment les tendances élevées: elle est destinée à mettre en évidence, par un exposé philosophique et documenté des découvertes récentes, les idées générales directrices et les variations de l'évolution scientifique.

Et cette encyclopédie se divise en deux parties distinctes: l'une, consacrée aux sciences mathématiques et physiques, l'autre à la biologie. Cette deuxième partie, la seule qui intéresse le monde médical, est publiée sous le patronage de MM. Balbiani, d'Arsenval, Filhol, Fouqué, Gaudry, Guignard, Marey et Milne-Edwards. Les noms des directeurs constituent une suffisante garantie de la valeur de l'œuvre. Ces deux volumes qui viennent de paraître ne font que confirmer cette impression.

C'est, d'abord, un livre de M. Bard sur la spécificité cellulaire, livre de haute portée philosophique également intéressant pour le médecin et le naturaliste. On connaît les nombreux travaux publiés sur ce sujet depuis près de quinze ans par M. Bard. D'après ce savant, toutes les cellules, si elles ne sont pas différenciées dès leur nais-

sance, doivent subir une évolution rigoureusement déterminée par leur hérédité propre. Les cellules constituent des familles, des genres, des espèces qui, comme les familles, les genres et les espèces animales, peuvent bien descendre d'ancêtres communs, mais sont devenues incapables de se transformer les unes dans les autres. Poussant cette théorie jusqu'à ses dernières limites, l'auteur n'admet aucune relation entre les cellules que la plupart des histologistes considèrent comme identiques: le leucocyte, par exemple, est la cellule fondamentale du sang; il n'a rien de commun avec les cellules du tissu conjonctif ou des ganglions lymphatiques. C'est en partant de ces principes que M. Bard envisage les grands problèmes de l'histologie générale: il fait l'application de sa doctrine aux renouveau physiologiques, à la régénération des tissus et des organes, au développement des tumeurs, aux doctrines de l'hérédité. Ces opinions sont présentées d'une façon claire, méthodique; elles sont appuyées sur un grand nombre de faits empruntés aux diverses branches de la biologie. Arrivé à la fin de son travail, M. Bard donne la conclusion suivante qui résume bien ses idées: deux espèces cellulaires différentes remontent toujours à un ancêtre commun, mais ne proviennent jamais l'une de l'autre; leur apparition entraîne la disparition du générateur commun; cette disparition est d'autant plus inévitable que ce sont les changements de conditions des milieux, liés à la marche même du développement de l'être, qui les ont obligés à se dédoubler à l'heure voulue, et qui ne permettent plus la survie à ceux qui auraient échappé à ce dédoublement.

Comme le livre de M. Bard, le livre de M. Le Dantec est conçu dans un esprit philosophique très élevé. Pour expliquer la sexualité, M. Le Dantec admet que chaque substance plastique des êtres sexués a deux types moléculaires inverses et complémentaires. L'accouplement de ces deux molécules constitue une molécule neutre ou équilibrée. Or, l'assimilation ne produit que des substances neutres; s'il survient un processus de destruction frappant un des deux types moléculaires, pour mettre l'autre en liberté, la différenciation sexuelle se différenciera; sans cette intervention, l'être restera asexué. Or, chez les êtres inférieurs, nous trouvons deux ordres d'éléments: les uns, constituant le soma, sont asexués, et, renfermant les deux substances plastiques complémentaires, sont capables d'assimilation. Au contraire, dans le tissu génital, il y a destruction dissymétrique; les éléments se transforment en plastides incomplètes, incapables d'assimilation. Il faut que deux plastides complémentaires se fusionnent pour que l'assimilation devienne possible: c'est le cas de l'œuf fécondé.

Il est assez difficile de dire quelles sont les causes qui déterminent, au cours du développement individuel, la victoire de l'élément mâle ou de l'élément femelle. Dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, le sexe est déterminé dans l'œuf; le plus souvent, il semble dépendre des conditions ambiantes.

Si les éléments somatiques sont asexués, leur morphologie est, partiellement au moins, guidée par le sexe du tissu génital. On conçoit ainsi la différence d'aspect des êtres et l'influence de la castration.

Les courtes analyses que je viens de faire suffisent à faire saisir dans quel esprit sont rédigés les ouvrages de la nouvelle collection. Si les sujets paraissent un peu arides, la façon claire dont ils sont traités en rend la lecture facile et attrayante. Il n'est que juste d'ajouter que ces fascicules sont édités avec le soin que MM. Carré et Naud ont l'habitude d'apporter à leurs publications. Toutes les conditions nous semblent donc réunies pour le succès de cette intéressante entreprise.

H. ROGER.

FACULTÉ DE PARIS

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. TERRIER, professeur, et HARTMANN, agrégé. Cours de M. CUNéo, professeur. — *Gynécologie*. Ouverture le lundi 5 Juin, à 1 h. 1/4.

1° Dilatation de l'utérus. Curetage. Amputation du col. — 2° Principes généraux des opérations plastiques. Colporraphie antérieure, colpoperinéorrhaphie. — 3° Opérations plastiques sur le col. Ligature vaginale de l'utérus. Colpotomie postérieure. — 4° Colpotomie antérieure, ses applications. Traitement des déchirures du périnée. — 5° Ablation des fibromes intra-utérins. Hystérectomie et hystérectomie vaginales. — 6° Dilatation de l'urètre. Taille vaginale. Traitement des fistules vésico et recto-vaginales. — 7° Raccourcissement des ligaments ronds. Hystéropexie abdominale. — 8° Principes généraux des opérations abdominales. Ablation unilatérale des annexes. Ligature de l'utérus par l'abdomen. — 9° Castration abdominale totale pour annexes suppurées. — 10° Hystérectomie abdominale pour fibromes.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Concours pour le clinician. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 26 Juin 1899, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu: 1° pour le clinician médical, à la nomi-

nation de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinician chirurgical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinician obstétrical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires; 4° pour le clinician des maladies mentales, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires; 5° pour le clinician des maladies nerveuses, à la nomination d'un chef de clinique titulaire; 6° pour le clinician des maladies des voies urinaires, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 18 Juin 1899. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures, bureau du personnel, 1^{er} étage.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français.

Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agréé en exercice, de professeur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Stage hospitalier. — MM. les étudiants, dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1898-1899 (du 1^{er} Décembre 1898, au 15 Juin 1899), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis pendant la période des vacances (du 1^{er} Juillet au 1^{er} Novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés.

Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté avant le 1^{er} Juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

Cours d'hygiène. — La leçon pratique aura lieu le samedi 3 Juin à 2 heures, à Saint-Ouen. Désinfection de la crèche située à l'angle de l'avenue de la Gare et de la rue des Epinettes.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Lecture des copies.

31 Mai. — MM. Dubrisay, 14. — Basset, 15. — Wallich, 18. — Chavanne, 17.

2 Juin. — MM. Macé, 19. — Schwab, 18. — Brindeau, 16. — Paquy, 15.

Prochaine séance, lundi 5 Juin, à la Maternité.

Les questions restées dans l'urne étaient: 1° Structure du testicule; spermatogénèse; 2° Valvules du cœur; anatomie et physiologie.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Congrès de chirurgie. — La première question mise à l'ordre du jour du prochain congrès est l'étude sur l'hystérectomie abdominale totale, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'hystérectomie abdominale.

Ecrire à M. Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

L'état sanitaire. — Le service de statistique municipale a compté 941 décès, au lieu de 972 pendant la semaine précédente et au lieu de 957, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (la moyenne en 5). La rougeole, toujours fréquente en Mai et Juin, en a causé 32 (la moyenne est 37); la scarlatine 3 (chiffre identique à la moyenne); la coqueluche, 12 (la moyenne est 8), et la diphtérie seulement 6 (la moyenne est 16). La diarrhée infantile a causé 37 décès (de 0 à 4 an (la moyenne est 38).

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 401 décès, au lieu de 432 pendant la semaine précédente et au lieu de 420, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit: bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 17); bronchite chronique, 47 (au lieu de la moyenne 26); broncho-pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 32); pneumonie, 41 (au lieu de la moyenne 45). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 49 décès, dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phthisie a causé 189 décès (au lieu de la moyenne 193); la méningite tuberculeuse, 21 décès; la méningite simple 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 41 décès; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 56 personnes; enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Hôpitaux de Reims. — M. Lardinois, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux de Reims.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



ROUYER IBI SANTAS

MARKÉ DÉPOSÉE

VIN ECALLE

TONIQUE et RECONSTITUANT * à la **KOLA** et à la **COCA**
 (Rigoureusement dosé à UN GRAMME de chaque substance par verre à madère)

DOSE : Un Verre à madère avant ou après les deux principaux repas, pur ou additionné d'eau. — Pour les Enfants, un verre à liqueur suffit.

Ce Vin préparé avec un **VIN TANNIQUE** d'un degré alcoolique très faible est le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Il ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.

PRIX : 4⁵⁰. — DÉPOT GÉNÉRAL : 38, Rue du Bac, PARIS.



Exposition Universelle

BRUXELLES 1897

TUBERCULOSES
 AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux. LA MEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES



SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
 8 QUAI DE RETZ LYON

KELENE

"Chlorure d'Ethyle pur". — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

MORUINE SOUQUE

E. FALIÈRES

Huile de foie de morue synthétique

Préparée par E. FALIÈRES

Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins,élixirs, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIÈRES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE

Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi plus actif comme antithermique. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.

Sous trois formes : CACHETS..... FALIÈRES, à 0gr. 25 } De Glysérophosphate
 PILULES..... FALIÈRES, à 0gr. 10 }
 SUPPOSITOIRES FALIÈRES, à 0gr. 25 } de Quinine pur

E. FALIÈRES 4 C^o, à Libourne et pharmacie

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la
Machine à écrire "REMINGTON", n° 7
 Caractères "PICA" — Clavier médical.

Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser :
WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS

1° Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant :

Teinture de Belladone	aa 5gr
Alcoolature de Racines d'aconit	

2° Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de :

Alcool à 90°	100gr
Salol	4gr
Saccharine	0gr 50
Teinture de vanille	aa X gr ¹⁰⁰
Essence de menthe	
Carmin pulvérisé q ^a pour colorer	

3° Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1889.

Vin de Peptone Catillon

30gr viande, 0.40 Glysérophosphate par verre à madère.

Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.

Très utile à tous les malades affaiblis.

Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter.

Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum.

Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En **POUDRE**, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût, on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids de viande de bœuf.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE
 AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ CHIMIE PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 1, rue Cassette

LA

PRESSÉ MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
 ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé.
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique.
 Médecin de l'hôpital Laennec.
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé.
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé.
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé.
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assis. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. >

SOMMAIRE

PHTHISIOTHÉRAPIE; CURE D'AIR A L'HOPITAL,
 par M. MAURICE LETULLE (avec 4 figures en noir). 273

ACTION DU POU MON SUR QUELQUES SUB-
STANCES TOXIQUES, par M. H. ROGER (avec
 1 figure en noir). 275

VIII^e Congrès de la Société allemande de gyné-
cologie (tenu à Berlin du 24 au 27 mai 1899) :
 Traitement des hydroms utérins. M. ZWEIFEL, rapporteur.
 MM. VON ROSTKORN, J. A. AMMANN, GOITSCHALK,
 SCHULTZ, GHONAK, FRITSCH. — Pathogénie et prophylaxie
 de la fièvre puerpérale. M. AUFELD, MM. BÜHM,
 DODERLEIN, FESHLING, KRÖNIG, SAUTA, PROCHOWSK,
 HOPMELER, ZWEIFEL, MARTIN, OLSHAUSEN. 277

ANALYSES

Pathologie générale : Leçon clinique sur quelques
 particularités concernant la marche de certaines tu-
 meurs malignes et bénignes, par M. WILLIAM H. BEN-
 NETT. 278

Parasitologie : Transmission de la malaria à l'homme
 par l'anophèle clavager, par M. GRASSI. 278

Médecine : Les troubles nerveux périphériques chez les
 tuberculeux pulmonaires, par M. G. CARRIÈRE. — Sur
 une épidémie de diarrhée dans les salles de Saint-Bar-
 tholomew's Hospital causée par le bacillus enteritidis
 sporogènes, par M. N. W. ANDREWS. 278

Téatologie : Un cas d'absence congénitale des deux cla-
 vicules, par M. GUSTAVE SCHONSTEIN. — Un cas d'absence
 des clavicules avec malformations des clavicules chez
 cinq autres membres de la même famille, par M. GEORGE
 CARPENTER. 279

Maladies des enfants : Deux observations d'hypér-
 trophie congénitale, par M. J. COMBY. — Abcès pyré-
 nétique à staphylocoque doré chez un enfant de dix-
 huit mois, diagnostic péritonéale enkystée de la fosse
 iliaque; mort par staphylocoque généralisée, par MM. J.
 HALLÉ et A. BERNAUD. — Un cas de soufflet fonctionnel
 du cœur chez un nourrisson, par M. MARTIN THEIMICH. 279

Ophthalmologie : De la suppression du cristallin trans-
 parent dans le traitement de la myopie forte stationnaire
 et de la myopie progressive, par M. H. MATHIEU. 279

Neurologie et psychiatrie : Hémiplégie monalgie,
 thermique et rigalarque centrales, par M. BICHTERJEW. 279

Dermatologie et syphiligraphie : Etude histologi-
 que et critique de l'impétigo au point de vue bactériolo-
 gique, par M. BOULARD. — Du lichen scrofulosorum,
 par M. RÉMON. 280

Rhinologie, otologie, laryngologie : De la con-
 formation de la voûte palatine considérée comme une
 partie importante du conduit de résonance dans le
 chant, par M. E.-M. MALJUTIN. 280

Pharmacodynamie : Essai sur la pharmacologie des
 alcaloïdes du curare, par M. STOLMOND JAKABAZY. 280

Médecine publique et hygiène : Influence du lait
 sur la dissémination de la tuberculose, par MM. A. KAN-
 TRACK et B. SLADEN. 280

XIII^e Congrès international de médecine (qui
 sera tenu à Paris du 2 au 9 Août 1900). 214

CARABANA PURGE GUÉRIT
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^o, 26, rue des Bouchers, Paris et Pharmacies.

GUILLIERMOND SIROP
 1000-
 TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Emploi thérapeutique de
 l'acide cacodylique et de ses dérivés, M. A. GAUTIER,
 MM. HAYEM, GAUTIER, ROBIN, GAUTIER, ROBIN. —
 Traitement des kystes hydatiques du fœtus, M. PANAS. —
 Rapport au nom de la commission des eaux minérales,
 M. HANRIOT. 216

Société de biologie : Modifications organiques de la
 gestation, MM. GHARRIN et LEVADITI. — Infection thy-
 roïdienne et goitre exophtalmique, MM. A. GILBERT et
 J. CASTAIGNE. — Note sur un cas de cirrhose tubercu-
 leuse partielle avec dégénérescences graisseuses et hépa-
 tite parenchymateuse, MM. A. GILBERT et J. CAS-
 TAIGNE. — Aphasie sensorielle par lésion du pli courbe
 droit chez un gaucher, M. TOUCHE. — Injections d'iode
 de potassium dans l'albumen de l'œuf, M. FÉRE. —
 Poëment couglant dans les glandes génitales du héri-
 sson, M. GLEY. — Etude histologique des exsudats pleu-
 raux, M. CARRIÈRE. — Structure du cartilage des mammai-
 fères, M. RETTERER. 216

RENSEIGNEMENTS

Remplacement (366). Les lettres qui nous sont par-
 venues au sujet de cette demande, ont été adressées à
 l'auteur, qui répondra.

Voir les Nouvelles à la dernière page.

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Qui sera tenu à Paris du 2 au 9 Août 1900.

BUREAU DU CONGRÈS

Président du Congrès : M. LANNELONGUE, rue François 1^{er},
 3, Paris. — Secrétaire général du Congrès : M. CHAUF-
 FARD, rue Saint-Guillaume, 21, Paris. — Trésorier général
 du Congrès : M. DUFOLOQ, rue Miromesnil, 64, Paris.

COMITÉ EXÉCUTIF

Président : M. LANNELONGUE. — Secrétaire général :
 M. CHAUFFARD. — Trésorier : M. DUFOLOQ. — Membres :
 MM. BOUCHARD, BOULLY, BROUARDEL, DIEU, GABRIEL, LE
 DENTU, MALASSEZ, NOCARD, RAYMOND, RENOU, ROUX. — Sec-
 rétaires : MM. DE MASSARY et LÉON WEBER.
 Adresse du bureau du Congrès : rue de l'École-de-
 Médecine, 21, Paris.

COMMISSION GÉNÉRALE

Bureau.

Président : M. BROUARDEL. — Vice-présidents : MM. BOU-
 CHARD et MAREY. — Secrétaire général : M. CHAUFFARD. —

CAPSULES COGNET
 Eucalyptol absolu iodofornio-crésoté.
 BRONCHITES aiguës et chroniques, TUBERCULOSE

CONTREXEVILLE-PAVILLON

SAINTE-GALMIER BADOIT

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

Trésorier : M. DUFOLOQ. — Secrétaires : MM. DE MASSARY
 et LÉON WEBER.

Membres.

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| MM. | MM. |
| ARLOING (Lyon). | GUYON (Paris). |
| ARNOZAN (Bordeaux). | HALLOPEAU (Paris). |
| ARSONVAL (Paris). | HAMY (Paris). |
| AUVRAY (Caen). | HAYEM (Paris). |
| BALBIANI (Paris). | HENROT (Reims). |
| BALLET (Paris). | HÉBARD (Paris). |
| BARNSBY (Tours). | HÉRGOTT (Nancy). |
| BERGER (Paris). | HETINEL (Paris). |
| BERGERON (Paris). | JACQUOD (Paris). |
| BESSNER (Paris). | JALAGUIER (Paris). |
| BLANCHARD (Paris). | JEANNEL (Toulouse). |
| BORDIER (Grenoble). | JEFFROY (Paris). |
| BOUCHARD (Paris). | KELSCH (Paris). |
| BOULLY (Paris). | KERMORGANT (Paris). |
| BOUSQUET (Clermont). | KIRMISSON (Paris). |
| BRISSAUD (Paris). | LABBÉ (L.) (Paris). |
| BROUARDEL (Paris). | LABEDA (Toulouse). |
| BUCH (Alger). | LABORDE (Paris). |
| BRUNON (Rouen). | LACASSAGNE (Lyon). |
| BUQUOY (Paris). | LANDOUZY (Paris). |
| BUDIN (Paris). | LANNELONGUE (Paris). |
| CALMETTE (Lille). | LA PERSONNE (de) (Lille). |
| CASTEX (Paris). | LAVERRAN (Paris). |
| CAUREY (Toulouse). | LE DENTU (Paris). |
| CHAMPETIER DE RIBES (Paris). | LELODIC (Angers). |
| CHAMPIONNIÈRE (Lucas), Paris. | LEPINE (Lyon). |
| CHANTEMESSE (Paris). | LEHBOUILLET (Paris). |
| CHAPOY (Besançon). | LEHMOYEZ (Paris). |
| CHAUVEAU (Paris). | LYON (Charles) (Marseille). |
| CHAUVEL (Paris). | LOIR (Tunis). |
| CHÉDEVÈRE (Poitiers). | LORET (Lyon). |
| CHENIEUX (Limoges). | MAGNAN (Paris). |
| COBBY (Paris). | MAIRET (Montpellier). |
| CORNIL (Paris). | MALASSEZ (Paris). |
| CUNÉO (Paris). | MALHERBE (Nantes). |
| DASTRE (Paris). | MAREY (Paris). |
| DEBERRE (Lille). | MARÉ (Pierre) (Paris). |
| DEBOVE (Paris). | MARTIN (A.-J.) (Paris). |
| DÉJERINE (Paris). | METCHNIKOFF (Paris). |
| DELAGOUR (Rennes). | MILNE EDWARDS (Paris). |
| DELAGÈRE (Le Mans). | MOISSAN (Paris). |
| DEMONS (Bordeaux). | MOSSÉ (Toulouse). |
| DEROYE (Dijon). | MOTET (Paris). |
| DIET (Paris). | NADIAS (de) (Bordeaux). |
| DIÉULAFOY (Paris). | NETTER (Paris). |
| DUGUET (Paris). | NOCARD (Alfort). |
| DEJARDIN-BEAUMETZ (Paris). | OLLIER (Lyon). |
| DUPLAY (Paris). | PANAS (Paris). |
| DUVAL (Mathias), Paris. | PEUGNIEZ (Amiens). |
| FARABEU (Paris). | PIERRET (Lyon). |
| FOLEY (Lille). | PINARD (Paris). |
| FORGE (Montpellier). | PITRES (Bordeaux). |
| FOURNIEC (Paris). | POIRIER (Paris). |
| GABRIEL (Paris). | PONCET (Lyon). |
| GAUTIER (Paris). | POUJAT (Paris). |
| GELLE (Paris). | POUCHET (Paris). |
| GOGUENBET (Paris). | POZZI (Paris). |
| GRANCHER (Paris). | PROUST (Paris). |
| GRASSET (Montpellier). | RAYMOND (Paris). |
| | RENOU (Paris). |

VICHY-CÉLESTINS

" NEUROSINE PRUNIER " — Reconstituant général.

Remplacer les
 Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Fièvres. Névralgies.

ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, GRATIS.
 Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

MM.
RICHELOT (Paris).
RICHEL (Paris).
ROUX (Paris).
SEGOND (Paris).
SEVESTRE (Paris).
SPILLMANN (Nancy).

MM.
TEISSIER (Lyon).
TERRIER (Paris).
THIBERGE (Paris).
TILLAUX (Paris).
VIALLETON (Montpellier).

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le XIII^e Congrès international de médecine s'ouvrira à Paris le 2 Août 1900, et sera clos le 9 du même mois. Son but est exclusivement scientifique.

ART. 2. — Seront membres du Congrès : 1^o Les docteurs en médecine qui en feront la demande ; 2^o Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français ou par les Comités nationaux étrangers.

ART. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

Les Comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux. Ils en transmettront les cotisations au secrétariat général français, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises.

ART. 4. — En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront indiquer lisiblement leur nom, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite.

ART. 5. — En dehors des autres avantages, chaque membre du Congrès aura droit à un résumé de tous les travaux du Congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

ART. 6. — Les sections du Congrès sont les suivantes :

1^o Sciences biologiques.

1. Anatomie descriptive et comparée. — 2. Histologie ; embryologie et tératologie. — Physiologie ; physique et chimie biologiques.

2^o Sciences médicales.

1. Pathologie générale et pathologie expérimentale. — 2. Bactériologie ; parasitologie. — 3. Anatomie pathologique. — 4. Pathologie interne. — 5. Hygiène et pathologie médicale de l'enfance. — 6. Thérapeutique et pharmacologie. — 7. Neurologie. — 8. Psychiatrie. — 9. Dermatologie et syphiligraphie.

3^o Sciences chirurgicales.

1. Chirurgie générale. — 2. Chirurgie de l'enfance. — 3. Chirurgie urinaire. — 4. Ophtalmologie. — 5. Laryngologie ; rhinologie. — 6. Otolologie. — 7. Stomatologie.

4^o Obstétrique et gynécologie.

1. Obstétrique. — 2. Gynécologie.

5^o Médecine publique.

1. Médecine légale. — 2. Médecine et chirurgie militaires ; médecine navale ; médecine coloniale.

ART. 7. — Un Comité exécutif et une Commission générale d'organisation sont chargés de la préparation et du fonctionnement du Congrès.

ART. 8. — Le Congrès tiendra séance chaque jour, soit en assemblées générales, soit en réunions de sections.

ART. 9. — Deux assemblées générales auront lieu : l'une, le jour de l'ouverture du Congrès ; l'autre, un des jours ultérieurs.

ART. 10. — Il sera procédé le jour de la première assemblée générale à la proclamation des présidents d'honneur du Congrès.

ART. 11. — Les assemblées générales seront consacrées aux discours d'usage et aux votes réglementaires à émettre. Ne pourront prononcer de discours dans les assemblées générales, que les membres qui auront été désignés et invités par le Comité exécutif d'organisation.

ART. 12. — Toutes les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être notifiées au Comité exécutif avant le 1^{er} Mai 1900. Le Comité décidera de la suite à donner à ces propositions.

ART. 13. — Chaque Comité de section organisera son programme de travail (auditions des rapports et discussions sur les sujets proposés, communications diverses).

ART. 14. — Les discours prononcés en assemblée générale et les rapports faits dans les sections seront publiés dans les comptes rendus des travaux du Congrès ; pour les communications diverses et discussions, le Comité exécutif se réserve tout droit d'examen. Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser quinze minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de cinq minutes chacun.

ART. 15. — Le texte écrit des rapports, communications et discussions devra être remis le jour même aux secrétaires de chaque section.

ART. 16. — La langue française est la langue officielle du Congrès pour toutes les relations internationales. Dans les assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise et française pourront être employées.

ART. 17. — Toutes les questions ayant trait aux travaux scientifiques des sections doivent être soumises et adressées au président du Comité de la section intéressée. Pour tout ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du Congrès, on devra s'adresser au secrétaire général du Congrès.

ART. 18. — Dans sa seconde assemblée générale, le Congrès désignera le siège de sa prochaine réunion et en élit le bureau.

1. Pour la livraison des volumes, on est prié de s'adresser à M. Masson, éditeur des travaux du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

COMITÉS NATIONAUX ÉTRANGERS

Allemagne.

Président : Prof. VINCOW (Berlin). — Secrétaire : Prof. POSNER (Berlin).

Argentine (République).

Président : Prof. ENF. UBALLES (Buenos-Ayres). — Secrétaire : Prof. GREG. ARAOZ ALFARO (Buenos-Ayres).

Autriche-Hongrie.

Comité autrichien.

Président : Prof. Édouard ALBERT (Vienne). — Secrétaire : Prof. A. MOSETTO-MORRIOR (Vienne).

Comité tchèque.

Président : Prof. IAROSLAV HLAVA (Prague). — Secrétaire : Privat-docent, D. M. PÉŠINA (Prague).

Comité hongrois.

Président : Prof. OTTO PERTIK (Budapest). — Secrétaire : Prof. Alex. DE KOBÁNYI ; GUST. D'OLÁN ; LOUIS NÉKAM ; LOUIS TOKÓ.

Comité polonais.

Président : Prof. Ed. KORCZYNSKI (Cracovie). — Secrétaire : M. Aug. KWASNICKI.

Belgique.

Président : M. VLEMINCKX (Bruxelles). — Secrétaire : M. LORTHOIR (Bruxelles).

Brésil.

Président : Prof. MUNGORVO (Rio-de-Janeiro).

Bulgarie.

Président : M. L. ZOLOTOVITCH.

Danemark.

Président : Prof. BLOCH (Copenhague).

Espagne.

Président : Prof. JULIAN CALLEJA (Madrid). — Secrétaire : Prof. Abdon Sanchez HERRERA, M. Antonio ESPINA Y CAPO (Madrid).

Etats-Unis.

Président : Prof. OSLER (Baltimore).

Grande-Bretagne et Irlande.

Président : Sir WILLIAM MAC CORMAC, (Londres). — Secrétaire : MM. A. E. GARROD, *Medical Registrar Saint-Bartholomew's Hospital (Londres)* ; KESER, *Physician to the French Hospital (Londres)* ; D'ANCY POWER, *assistant Surgeon to Saint-Bartholomew's Hospital (Londres)*.

Australie.

Président : M. CRIVELLI (Melbourne).

Canada.

Président : M. BEAUJOLEL (Montréal).

Grèce.

Président : Prof. G. CARAMITAZ (Athènes). — Secrétaire : Prof. CATSARAS (Athènes).

Italie.

Président : Prof. GOLGI (Pavie). — Secrétaire : Prof. MONTE (Turin).

Japon.

Président : Prof. KITASATO (Tokio).

Luxembourg.

Président : M. PAUL KOCH (Luxembourg). — Secrétaire : M. PRAEN (Luxembourg).

Mexique.

Président : Prof. LOPEZ.

Pays-Bas.

Président : Prof. STOKVIS (Amsterdam). — Secrétaire : M. STRAUB (Amsterdam).

Pérou.

Président : Prof. FLOREZ.

Portugal.

Président : Prof. LUIZ DA CAMARA PESTANA (Lisbonne). — Secrétaire : MM. THOUZAS DE MELLO BRYNER et Henri MOUTON (Lisbonne).

Roumanie.

Président : Prof. KALINDERU (Bukarest). — Secrétaire : Prof. MARINESCO (Bukarest).

Russie.

Président : Prof. PACHOUTINE (Saint-Petersbourg). — Secrétaire : Docent. M. LIKHTCHIEFF (Saint-Petersbourg).

Serbie.

Président : Prof. SOUBBOTITCH (Belgrade).

Suède et Norvège.

Suède.

Président : Prof. G. RETZIUS (Stockholm).

Norvège.

Président : Prof. AXEL HOLST (Christiania).

Suisse.

Président : Prof. Auguste REVERDIN (Genève).

Turquie.

Président : M. ZANJAGÓ PACHA (Constantinople).

Egypte.

Président : M. MAHMOUD PACHA HARSAN. — Secrétaire : M. OEB.

(A suivre.)

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 14 Juin 1899, à 1 heure. — M. BENSUSSAN : Traitement des anévrismes de l'aorte par les injections de sérum gélatiné (méthode de Lancereaux) ; MM. Potain, Tillaux, Remy, Vidal. — M. CHIRON : Contribution à l'étude des fractures des métacarpiens ; MM. Tillaux, Potain, Remy, Vidal. — M. REILLAG : De la régularisation de la menstruation par le mariage et la grossesse ; MM. Mathias-Duval, Pinard, Retterer, Lepage. — M. MEUNIER : Contribution à l'étude clinique de l'omphalocèle congénitale des nouveau-nés ; MM. Pinard, Mathias-Duval, Retterer, Lepage. — M. MESU : Le môle vésiculaire, tumeur maligne ; MM. Pinard, Retterer, Lepage. — M. JEGAT : De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'eczéma suintant ; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Dupré. — M. ROGUES DE FURSAC : Signes physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux ; MM. Joffroy, Fournier, Gaucher, Dupré.

Judi 15 Juin 1899, à 1 heure. — M. GAUTHIER : Hygroma prérotulien à grains riziformes ; MM. Le Dentu, Budin, Richelot, Thoinot. — M. COLIEX : Considérations médico-légales sur les accouchements sans douleur ; MM. Budin, Le Dentu, Richelot, Thoinot. — M. PADER : Etude sur les rapports du goitre exophtalmique et de l'hystérie ; MM. Debove, Raymond, Troisième, Ménétrier. — M. SAINTON : L'amyotrophie. Type Charcot-Marie ; MM. Debove, Raymond, Troisième, Ménétrier. — M^{lle} FILIZY : Contribution à l'étude de l'oreille hystérique ; MM. Raymond, Debove, Troisième, Ménétrier. — M. LE DINGOIS : Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants ; MM. Raymond, Debove, Troisième, Ménétrier.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 Juin 1899. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Richet, Desgrez. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Blanchard, Retterer, André. — 3^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Broca (Aug.). — 3^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Humbert, Seblin. — 4^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Lancereaux, Gaucher. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Delens, Reclus, Wallher. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Blum, Poirier, Legueu. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Hayem, Méry, Dupré.

Mardi 13 Juin 1899. — Dissection : Ecole pratique : MM. Mathias-Duval, Remy, Quénu. — 1^{er} : MM. Farabeuf, Richelot, Retterer. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Grancher, Roger, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Gornil, Troisième, Charrin. — 5^e (Deuxième partie), (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Chaumesse, Achard, Thiroloix. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Guyon, Berger, Albaran. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Panas, Le Dentu, Poirier. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jacoud, Debove, Ménétrier. — 5^e (Première partie) : Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 14 Juin 1899. — Médecine opératoire : Ecole pratique : MM. Terrier, Reclus, Broca (Aug.). — 3^e Oral (Première partie) : MM. Lannelongue, Poirier, Varnier. — 3^e Oral (Deuxième partie) : MM. Lancereaux, Gilles de la Tourette, Méry. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié : MM. Delens, Delbet, Walther. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Pitié : MM. Blum, Humbert, Lejars.

Judi 15 Juin 1899. — Dissection. Ecole pratique : MM. Mathias-Duval, Poirier, Retterer. — 1^{er} : MM. Farabeuf, Remy, Langlois. — 3^e Oral (Première partie), (1^{re} série) : MM. Panas, Berger, Wallich. — 3^e Oral (Première partie), (2^e série) : MM. Guyon, Bonnaire, Albaran. — 3^e Oral (Deuxième partie), (1^{re} série) : MM. Dieulafoy, Charin, Wurtz. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série) : MM. Hutinel, Roger, Thiroloix. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Proust, Hanciot, Vaquez.

Vendredi 16 Juin 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — Dissection : Ecole pratique : MM. Mathias-Duval, Lannelongue, Seblin. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Pouchet, Vidal, Wurtz. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, belens, Lejars. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Poirier, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Lancereaux, Dupré. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Reclus, Walther, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Humbert, Remy, Broca (Aug.). — 5^e (2^e série), Necker : MM. Potain, Landouzy, Méry.

Samedi 17 Juin 1899. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Lanois. — 3^e Oral (Deuxième partie), (1^{re} série) : MM. Raymond, Hutinel, Thiroloix. — 3^e Oral (Deuxième partie), (2^e série) : MM. Blanchard, Troisième, Achard. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Le Dentu, Remy, Albaran. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Berger, Quénu, Poirier. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Marfan. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Juin 1899.

Emploi thérapeutique de l'acide cacodylique et de ses dérivés. — M. A. Gautier. L'emploi prolongé de l'arsenic sous les formes médicamenteuses ordinaires n'est pas sans inconvénients. L'acide cacodylique est exempt d'un certain nombre de ces inconvénients. Sur mon conseil, M. Danlos emploie depuis plusieurs années cet acide dans un grand nombre de maladies cutanées, et a pu constater qu'il était parfaitement supporté et très actif.

Depuis ce temps, j'ai employé personnellement l'acide cacodylique dans tous les cas où l'on a l'habitude de prescrire l'arsenic, dans les anémies profondes, l'impaludisme, la tuberculose. MM. Potain, Renaut (de Lyon), Burlureau et Roustan (de Cannes), ont bien voulu aussi l'expérimenter.

Personnellement, j'ai obtenu dans la tuberculose d'excellents résultats en employant le cacodylate de soude à la dose de 3 centigrammes par jour longtemps prolongée. Sous l'influence de cette médication, les symptômes locaux, la toux, les sueurs diminuent, le poids augmente, l'état général s'améliore.

M. Burlureau a employé l'acide cacodylique en injections sous-cutanées, et a pu administrer sans accident 15 grammes en soixante-dix jours; il a constaté les bons effets de cette méthode sur l'évolution de la tuberculose. M. Roustan a, depuis sept ou huit mois, obtenu des résultats analogues.

M. Potain, qui n'expérimente cette médication que depuis deux mois, en a déjà constaté les effets favorables.

M. Renaut a également employé l'acide cacodylique en thérapeutique et a publié, dans la dernière séance, les résultats qu'il a obtenus.

Il semblerait résulter de la communication de M. Renaut que la médication cacodylique n'est qu'un épisode de la médication arsenicale. Assurément, l'acide cacodylique est un composé arsenical et contient 54,3 pour 100 d'arsenic métallique répondant à 72 d'acide arsénieux.

Mais il y a plus. L'arsenic est contenu dans ce corps sous une forme absolument latente; il a perdu toutes ses propriétés caustiques. On peut en donner de hautes doses pendant longtemps sans observer d'intoxication comme avec toutes les autres préparations arsenicales.

Les effets physiologiques et thérapeutiques du corps sont absolument différents suivant que ce corps est assimilé sous une forme ou une autre. C'est ainsi que l'acide cacodylique n'agit pas de la même façon que l'arsenic métallique.

Comment se comporte l'arsenic dans l'organisme? J'ai constaté, en 1875, que l'arsenic injecté à dose semi-toxique aux animaux se concentre dans les centres nerveux pour être éliminé ensuite par l'intestin et les bronches. L'arsenic tend à se substituer au phosphore des lécitines et nucléines dans les éléments nerveux; mais pour arriver aux éléments nerveux, l'arsenic métallique doit avoir subi une transformation spéciale sous l'influence des nucléines contenues dans le corps des leucocytes, ainsi que M. Besredka l'a démontré. Il est donc utile d'introduire déjà dans l'économie l'arsenic sous forme d'un composé organique; son assimilation est ainsi facilitée et son action renforcée.

L'acide cacodylique est un excitant de la nutrition et de la reproduction rapide des tissus, aussi bien des globules blancs que des globules rouges et des autres tissus. L'arsenic à dose thérapeutique n'est pas un ralentissant de la nutrition; c'est, au contraire, un excitant.

M. Hayem. Je demanderai à M. Gautier s'il a fait des recherches sur ce que devient l'acide cacodylique dans l'organisme.

M. Gautier. Des observations ont déjà été faites par Bunsen, qui découvrit l'acide cacodylique et montra qu'il était inoffensif pour les animaux. D'autres auteurs prétendent que l'acide cacodylique produisait des effets vénéneux; mais cela tient à ce que l'acide cacodylique employé n'était pas pur. Rabuteau observa que l'acide cacodylique passe en nature dans les urines.

Il retrouva l'arsenic non à l'état libre, mais à l'état de composé organique dans l'organisme. Il est donc préférable d'introduire de l'arsenic déjà à l'état organique, car, de cette façon, le travail des globules blancs nécessaire à l'assimilation est diminué. L'arsenic, à dose thérapeutique, excite les fonctions cellulaires; à dose toxique, il détruit, au contraire, les cellules.

M. Robin. Je ne crois pas qu'on puisse assimiler la médication arsenicale et cacodylique. M. Gautier dit que la médication cacodylique excite la nutrition; or, la médication arsenicale retient, au contraire, la nutrition.

M. Gautier. C'est l'objection que j'ai faite à M. Renaut lorsqu'il est venu me dire que la médication cacodylique n'était qu'un épisode de la médication arsenicale.

Je ne suis pas de l'avis de M. Robin sur le rôle de l'arsenic. On n'a pas toujours distingué les doses thérapeutiques et toxiques. A dose thérapeutique, l'arsenic excite; à dose toxique, l'arsenic diminue la nutrition.

M. Robin. Je me propose d'apporter à la prochaine séance le résultat des expériences que j'ai faites avec

M. Binet sur l'action de l'arsenic thérapeutique sur la nutrition.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. Panas a pu obtenir la guérison d'un kyste hydatique contenant 9 litres de liquide par la ponction capillaire. La cause de la mort est souvent difficile à déterminer après la ponction du kyste; dans un cas de Nélaton, la mort, survenue après ponction du kyste suivie d'injection iodée, avait été déterminée par la rupture spontanée d'un kyste voisin du premier.

Rapport au nom de la commission des eaux minérales. — M. Henriot lit un rapport sur les demandes d'exploitation d'eaux minérales.

M. LARDE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

3 Juin 1899.

Modifications organiques de la gestation. —

MM. Charrin et Levaditi. Nous avons établi avec M. Guillemonat, qu'assez souvent le fer de la rate diminue au cours de la gestation; aux preuves de l'analyse chimique nous ajoutons aujourd'hui de nouvelles démonstrations. C'est ainsi qu'en faisant réagir sur des coupes du parenchyme splénique, soit le ferrocyanure de potassium, soit le sulfhydrate d'ammoniaque, on obtient des dépôts de bleu de Prusse ou de sulfure ferrique. Or, un simple coup d'œil sur ces coupes plus ou moins bleues ou noires, ou sur leurs photographies que je présente, indique clairement la pauvreté en éléments minéraux des organes des cobayes pleurés.

Chez ces cobayes les coefficients azoturiques sont parfois légèrement plus faibles, 0,87 ou 0,83 au lieu de 0,90; la phosphaturie est réduite.

Néanmoins ces résultats ne sont pas constants; on voit quelquefois l'amaigrissement, la polyurie, l'azoturie, l'hyperthermie, prédominer là où il y a grossesse. Il faut compter avec l'espèce, avec le poids, l'âge, le degré de la gestation, le régime, la santé, les avortements, etc.

Quoi qu'il en soit, nul ne saurait nier l'importance des modifications que réalise la grossesse au sein de l'économie.

Infection thyroïdienne et goitre exophtalmique.

— MM. A. Gilbert et J. Castaigne. Nous rapportons trois observations de goitres exophtalmiques survenues à la suite de lésions toxico-infectieuses probables du corps thyroïde. Dans un cas, il s'agit d'une maladie dont le goitre se développa pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde; dans un second cas la nature infectieuse de la maladie de Basedow est indiquée par une réaction des ganglions qui reçoivent les lymphatiques du corps thyroïde; la troisième observation, enfin, a trait à la maladie dont nous rapportons, d'autre part, l'observation, et qui, cliniquement, avait présenté tous les symptômes du goitre exophtalmique. A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions très nettes de sclérose tuberculeuse du corps thyroïde.

En présence de ces trois observations, nous croyons que, dans certains cas tout au moins, les lésions toxico-infectieuses du corps thyroïde, mises en relief par MM. Roger et Garnier, peuvent ultérieurement donner lieu dans la glande à des altérations qui entraînent la production du syndrome basedowien.

Note sur un cas de cirrhose tuberculeuse partielle avec dégénérescence graisseuse et hépatite parenchymateuse. — MM. A. Gilbert et J. Castaigne. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté la plupart des signes d'une cirrhose veineuse avec ascite et circulation collatérale, nous avons constaté des lésions hépatiques tout à fait spéciales. Il s'agissait d'une cirrhose tuberculeuse partielle portant sur le lobe gauche, tandis que, dans le lobe droit, on ne trouve que des follicules tuberculeux sans trace de tissus scléreux, mais avec des altérations cellulaires multiples. Ces lésions spéciales du foie s'accompagnaient de tuberculose discrète de la rate, du pancréas et du corps thyroïde, sans lésions bacillaires du poumon ou de l'intestin.

Aphasie sensorielle par lésion du pli courbe droit chez un gaucher. — M. Touche. Le malade présente un peu de surdité verbale, de la paraphasie pure sans jargonaphasie, l'intégrité de la parole en écho et du chant, la conservation de la lecture à haute voix avec quelques omissions de mots et une incompréhension complète du texte, de la jargonographie pour les trois modes de l'écriture, la conservation de la copie de l'imprimé en manuscrit, la persistance, dans le texte écrit par le malade, de quelques fragments déformés du texte lu ou dicté.

A l'autopsie ramollissement très bien localisé du pli courbe droit, s'étendant en profondeur jusqu'au prolongement postérieur du ventricule latéral.

Injections d'iode de potassium dans l'albumen de l'œuf. — M. Féré. J'ai pu injecter dans l'albumen d'œuf de poule 0,05 centigrammes d'iode de potassium dissous dans 1 centimètre cube d'eau. Je n'ai pas décelé d'effets nocifs de ce sel, les œufs ont éclos, et les poussins se sont développés comme les témoins. Je crois pouvoir conclure de ces expériences que l'iode de potassium, à de certaines doses, n'a pas d'influence fâcheuse sur la gestation et le développement des embryons.

Ferment coagulant dans les glandes génitales du hériçon. — M. Gloy. J'ai pu mettre en évidence, avec M. Camus, un ferment spécial contenu dans une glandule péri-rectale du hériçon. Ce ferment a la propriété de coaguler immédiatement le liquide que renferment les vésicules sexuelles de cet animal.

Le liquide prostatique du hériçon ne jouit d'aucune propriété coagulante sur le liquide vésiculaire. Ce pouvoir coagulant est spécifique; il n'agit pas sur le liquide des vésicules d'autres animaux.

Etude histologique des exsudats pleuraux. — M. Carrière (de Lille) envoie le résumé de ses conclusions sur l'histologie fixe et microscopique des exsudats pleuraux au cours de divers états pathologiques.

Structure du cartilage des mammifères. — M. Retterer expose des vues originales sur la structure et l'histologie des éléments cartilagineux dans la série animale.

(A suivre.)

A. SICARD.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Epreuve clinique. — 5 Juin. — MM. Dubrisay, 20. — Brindeau, 19.

Prochaine séance mercredi, 7 Juin, à 5 heures, à la Maternité.

Conférence d'Internat. — Le deuxième tour de la conférence d'Internat de l'Hôtel-Dieu a commencé le samedi 27 Mai 1899, à trois heures (amphithéâtre Trouseau), et sera continué les samedis suivants sous la direction de MM. Bisch, Chifoliau, Ferrand, Merklen, Riberrie et Sikora, internes des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé des conférences sur les maladies de la peau, et les continue tous les mercredis à 9 heures, à la salle Lorry.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Banquet offert à M. Emily, de la mission Marchand. — Le corps médical français offre à M. Emily, du service de santé de la Marine attaché à la mission Marchand, un banquet le jeudi 8 Juin, à 7 h. 1/2, au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

La souscription est fixée à 20 francs.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale sous la direction de MM. TERRIER, professeur, et HARTMANN, agrégé. Cours de M. GOSSET, professeur. — *Chirurgie urinaire.* Ouverture le mercredi, 28 Juin, à 1 h. 1/2.

1° Néphrectomie 2° Néphrotomie. Néphrectomie. 3° Chirurgie de l'uretère. 4° Cathétérisme des uretères. 5° Taille hypogastrique. 6° Uréthrotomie interne. Ponction hypogastrique. Méat hypogastrique. 7° Uréthrotomie externe. Résection de l'uretère. 8° Lithotritie. 9° Circuncision. Amputation de la verge. Angioneurotomie, résection du canal déférent. 10° Voie périméale. Prostatotomie périméale.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Médecins de la préfecture de police. — MM. Charpentier, Schwing et Diendonnois sont nommés médecins en chef, médecin en chef-adjoint et médecin titulaire de la police municipale.

Faculté de Toulouse. — M. Audry, docteur en médecine, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à cette Faculté.

M. Guiraud, docteur en médecine, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur d'hygiène à cette Faculté.

M. Lamic, docteur en médecine, pharmacien supérieur de 1^{re} classe, chargé de cours à la Faculté de Toulouse, est nommé professeur d'histoire naturelle à cette Faculté.

Etranger.

— On annonce d'Helsingfors (Finlande), la mort de M. af Schulten, professeur de chirurgie à l'Université de cette ville.

— A Saint-Petersbourg vient de mourir Mme B.-A. Kachevarova-Rudneva, la première femme à qui, en 1868, l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Petersbourg ait conféré le diplôme de docteur en médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Edouard Long. — *Les voies centrales de la sensibilité générale.* 1 vol. in-8, raisin, de 284 pages. Prix : francs. (G. STEINHEIL, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



CHLOROSE, ANÉMIE, SCROFULOSE, SYPHILIS, etc.

Sirop et Dragées

à base de Protoïodure de Fer

DE

F. GILLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Pureté — Solubilité — Inaltérabilité du Sel de Fer.

DOSAGE : Dragées, 0gr.05 d'Iodure de Fer par Dragée. — Sirop, 0gr.10 par cuillerée à bouche.

MODE D'EMPLOI

Dragées : 2 à 8 par jour, au milieu ou à la fin des repas.

Sirop : 1 à 2 cuillerées, par jour, à la fin des repas.



ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, PARIS

DÉPÔT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de l'ÉTRANGER

IODURE SOUFFRON®

Chimiquement pur
TITRÉ
Inaltérable

SOLUTION à 1/15^{me} (à 100 gr. par litre)
SIROP à 1/20^{me} (à 100 gr. par litre)
DRAGÉES à 0gr.25 centigr.
ASTHME, GOUTTE, LYMPHATISME, GOUTTE, SYPHILIS
ni CORYZA, ni GASTRALGIE, ni CÉPHALALGIE
Très recommandé par tout le Corps médical, parce qu'il est chimiquement pur, très exactement titré et absolument inaltérable.
(Echantillons sur demande.)
FABRIQUE-VRINTE en GROS : SOUFFRON, 21, rue Poncelet, Paris, et toutes pharmacies

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

Granules de Catillon

à 1 Milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 3 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
Effet immédiat, usage continu sans tolérance, pas de vasoconstriction.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE

Tablettes de Catillon
à 0gr.25 de corps

THYROÏDE

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont indolores, exiger les vrais Granules de Catillon, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titre, Sérilié, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Prix : Le Flacon, 4 fr. 25



LE PLUS REMARQUABLE
AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.

L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

EN CETTE SAISON 1^{re}

SOLUTION BOURGUIGNON

REMPLECE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ CHIMIQUEMENT PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

DES TROUBLES COMPARÉS DU PATELLAIRE, DU CRÉMASTÉRIEN ET DU PHARYNGIEN, ÉTUDIÉS CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. E. MARANDON DE MONTVEL 281

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi thérapeutique de la levurine, par M. R. ARAGON 282

ANALYSES

Pathologie générale : Recherches sur la glycosurie alimentaire dans l'enfance, par M. GARIANO FINIZIO. — Le rachitisme, sa pathogénie, par M. A. DELCOURT. 283
Bactériologie : La résistance du virus pneumosique dans les crachats, par M. L. M. SPOLSKANSKI. — Bactériologie de la lymphe vaccinale, par M. A. FEHL 283
Médecine : Des hépatites d'origine splénique, par M. A. CHIFFAUD. — Un cas de coma diabétique avec lipémié et embolie graisseuses, par M. W. EMBSTEIN. 283
Médecine expérimentale : Sur l'action chimiotactique de la toxine du bacille typhique et de celle du bactérium coli commune sur les leucocytes, par M. K. BOLLAND 283
Maladies des enfants : Un cas de tétanie de la vessie, par M. E. HAGENBACH-BURCKHARDT 284
Dermatologie et syphiligraphie : Un cas remarquable d'excroissances multiples de la peau dues à l'action du soleil, par M. A. MARANDON DE MONTVEL 284
Thérapeutique et matière médicale : Valeur thérapeutique de l'héroïne, par M. H. LEO 284
Médecine publique et hygiène : La durée de l'immunité contre la variole à la suite de la vaccination chez les nègres de la Guinée, par M. PLEUN 284

VIII^e Congrès de la Société allemande de gynécologie (tenu à Berlin du 24 au 27 Mai 1899) (Suite et fin) :
Tétanos puerpéral, M. VON ROSTHORN, M. FLATAU. — Curetage de l'utérus, M. MARTIN. — Traitement des suites de couches, M. KÜSTNER, MM. OLSHAUSEN, SCHLITZ. — Colpo-célotomie, M. SARWEY 284

Les appareils de mobilisation dans la mécano-thérapie suédoise, par M. FERNAND LAGRANGE (avec 5 figures en noir) 216

XIII^e Congrès international de médecine (qui sera tenu à Paris du 2 au 9 Août 1900) (Suite et fin) 219

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Traitement des hémorroïdes, M. QUÉNU. — Du traitement de la tuberculose testiculaire, M. P. DELBET, MM. POIRIER, SIEUR. — Néphro-

POUGUES TON-ALCALINE
VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.
"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.
CONTREXEVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 46, 10 JUIN 1899.

mie pour anurie, M. NÉLATON, M. BAY. — Tumeur médullaire du pylore, symptômes de rétrécissement pylorique; gastro-entérostomie postérieure de von Hacker; guérison, M. DEMOULIN. — Pneumotomie pour gangrène, M. TUFFIER. — Plaie pénétrante de l'abdomen, M. POTHEBAT. — Ostéome du brachial antérieur, M. MONOD. 221

Voir les Nouvelles à la dernière page.

VARIÉTÉS

Les navires hôpitaux pendant les opérations de l'escadre américaine devant Cuba. — Les mesures prises par le corps médical de la marine américaine, pour parer aux éventualités de la guerre devant Cuba, paraissent avoir été conduites avec beaucoup de méthode et de précautions comme le relatent les *Archives de médecine navale* (1898, n° 4).
Deux bâtiments avaient été aménagés en navires ambulances.
L'un, le *Solace*, était un navire marchand de 114 mètres; il pouvait loger confortablement 200 malades dans des lits ou des cadres et contenait une salle d'opération vaste et bien éclairée adaptée à toutes les exigences de la chirurgie moderne. Le personnel médical se composait de 4 médecins, 8 infirmiers et 1 homme spécialement chargé de l'embaumement des cadavres.
En dehors du *Solace*, une société privée, « Massachusetts volunteer aid association », aménagée et entretint, pendant la campagne, un navire hôpital de 61 mètres de longueur. Ce navire contenait 124 lits, la salle d'opération possédait tous les instruments nécessaires, y compris un appareil radiographique. Le personnel se composait de 5 médecins, 6 infirmiers, 6 infirmières. Ces deux bâtiments ont recueilli 478 malades ou blessés; 8 seulement succombèrent, soit une mortalité de 1,67 pour 100. Sur un navire-hôpital bien organisé, la mortalité peut donc ne pas être plus élevée que dans un hôpital à terre. D.

RENSEIGNEMENTS

Interne des hôpitaux demande à faire remplacement à Paris ou province, pendant les mois de Juillet et Août. S'adresser au journal (365).
Clientèle à céder pour raisons de famille, département du nord de la France, 2 heures de Paris, 11.000 francs touchés. Aucune indemnité, mais location de l'habitation avec bail d'une certaine durée. S'adresser au journal.
Garde-malade, infirmière diplômée des hôpitaux de Paris, munie des meilleures références, demande emploi dans établissement thermal, sanatorium ou docteur. S'adresser à M^{me} Battu, 7, avenue des Gobelins, Paris.
A céder dans de bonnes conditions matériel *absolument neuf* de salle d'opération. S'adresser aux bureaux du journal ou rue Godot-de-Mauroy, n° 40, à l'entresol.
Poste à Paris dans quartier riche à céder gratuitement, seule condition, prendre la suite du bail. Bonne affaire. S'adresser bureaux du journal (370).

LES APPAREILS DE MOBILISATION
DANS LA
MÉCANOTHÉRAPIE SUÉDOISE

Il n'est aucun chirurgien qui ne se soit trouvé aux prises avec la difficulté de satisfaire d'une manière efficace et précise à l'indication de mobiliser une articulation raidie ou de développer un groupe de muscles atrophiés.

On peut bien, il est vrai, quand il s'agit de mobilisation *passive*, produire le déplacement méthodique des surfaces articulaires en saisissant de chaque main un des deux segments de membre et en leur imprimant des mouvements dans le sens voulu. Mais c'est là, tout le monde l'a constaté, un procédé trop élémentaire pour le plus grand nombre des cas. Quand la mobilisation manuelle est possible, — ce qui n'arrive pas toujours, surtout pour les grandes articulations où la résistance à vaincre est souvent considérable, — elle demande une dépense de forces et une perte de temps qui nécessitent l'emploi d'un aide. Le contrôle de la manœuvre quotidienne prescrite échappe alors au chirurgien, qui doit s'en rapporter à l'habileté et à la prudence de son assistant.

La difficulté est bien plus grande encore quand il s'agit de provoquer des mouvements *actifs*. Là encore on peut bien user des mêmes procédés que tout à l'heure, c'est-à-dire se servir de la main pour diriger le mouvement que le malade exécute et pour opposer à ce mouvement une résistance d'intensité voulue. C'est ainsi, on le sait, que procède la gymnastique manuelle suédoise. Mais là, bien plus encore que pour les mouvements passifs, le concours d'un aide s'impose et la correction des manœuvres, parfois très délicates, qu'il faut pratiquer est absolument subordonnée à la compétence de cet aide, à ses connaissances anatomiques, à son tact et à son zèle.

Et puis, qu'il s'agisse de mouvements actifs ou passifs, et, d'ailleurs, quelles que soient les qualités de l'assistant qu'on utilise, il est bien des cas où l'emploi de la main se trouvera insuffisant. Il est souvent difficile, soit d'assurer la fixité des segments osseux qui ne doivent pas participer au mouvement, soit même de provoquer le mouvement quand les surfaces articulaires sont très importantes et les résistances à vaincre très considérables. Si la main peut facilement mobiliser les articulations des

INSTITUT ZANDER
21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE
ORTHOPÉDIE
MASSAGE

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER
Antiseptique de la peau et des muqueuses.

doigts ou du poignet, il est souvent très difficile de provoquer des mouvements dans les articulations coxo-fémorales, tibio-fémorales et même dans les articulations tibio-tarsiennes et scapulo-humérales. Il est bien plus difficile encore, quand on veut mobiliser ces articulations, d'empêcher les articulations voisines de s'associer au mouvement communiqué et parfois même de suppléer au mouvement qu'on cherche à produire en donnant l'illusion d'un déplacement très étendu, alors que les surfaces articulaires visées se déplacent à peine.

Enfin, on trouve, dans les suppléances musculaires et les synergies de voisinage, des causes presque insurmontables d'irrégularité et d'incorrection du mouvement quand il s'agit d'exercer et de fortifier un groupe musculaire à l'exclusion des autres, soit pour restituer aux muscles atrophiés une aptitude fonctionnelle qu'ils ont perdue, soit pour rétablir l'équilibre entre deux groupes antagonistes dont l'un est devenu prédominant. En pareil cas, le défaut de localisation bien strict de l'effort peut compromettre tout le résultat du traitement. On sait de quels artifices inconscients usent les malades pour marcher, par exemple, sans se servir des muscles affectés à la marche quand ils sont atrophiés et très sensibles à la fatigue. Il en est de même pour tous les autres groupes musculaires et pour toutes les autres fonctions auxquelles ces groupes président. Un exercice mal localisé n'aboutit qu'à fortifier l'habitude des suppléances musculaires et à créer, en somme, des mouvements incorrects analogues aux *boiteries*.

Il s'agirait donc de trouver des procédés qui puissent localiser sûrement le mouvement dans l'articulation visée, limiter strictement l'effort au groupe de muscles indiqué et aussi, dans les cas où la prudence s'impose, mesurer d'avance l'étendue du déplacement osseux et l'intensité de l'effort musculaire.

Tel est le problème, et nous agissons encore en France comme si la solution en était encore à trouver; comme si nous n'avions d'autres ressources que de nous ingénier à tirer parti des moyens d'action les plus vulgaires et des engins les plus primitifs. Le problème est pourtant depuis de longues années résolu par les appareils à mobilisation active et passive de Zander.

On sait que les appareils de Zander visent tous (sauf certains appareils d'orthopédie dont nous n'avons pas à nous occuper ici) à mobiliser activement ou passivement les divers segments des membres ou du tronc. Tous sont donc des appareils de « mobilisation ». Mais je ne veux parler ici que de ceux qui ont pour objectif plus spécial de rendre le mouvement aux articulations en cas de raideurs ligamenteuses, ankyloses incomplètes, rétractions musculaires, etc., ou la force aux muscles en cas d'atrophie et paralysie.

Ces appareils peuvent provoquer tantôt des mouvements exclusivement actifs, tantôt des mouvements exclusivement passifs, tantôt une combinaison facultative de ces deux ordres de mouvements.

Le mouvement passif est provoqué d'ordinaire, dans un institut de mécanothérapie, par le moteur mécanique général qui actionne tout l'ensemble des appareils; mais il existe plusieurs appareils à mobilisation qui sont munis d'un dispositif spécial pour les mettre en marche avec la main. Les mouvements actifs se produisent à l'aide de machines munies d'un contre-poids que doivent actionner les muscles du malade par l'intermédiaire de pièces diverses, telles que des poignées s'il s'agit d'un mouvement des bras, des pédales s'il s'agit d'un mouvement du pied, etc.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans toutes ces machines à mouvement actif ou passif, c'est le réglage et la graduation, qui permettent soit de limiter d'avance l'étendue du déplacement et l'énergie de l'effort musculaire, soit de contrôler les résultats obtenus en notant chaque jour sur des cadrans numérotés et sur des règles graduées, le point maximum auquel a atteint la course de l'articulation mobilisée ou la force du muscle actionné.

On peut concevoir deux manières de mobiliser une articulation, qui, pour une raison ou pour une autre, a perdu son aptitude au mouvement. La première est d'utiliser les muscles mêmes qui ont pour fonction de mouvoir les os qui la composent : c'est la mobilisation active; l'autre, de faire intervenir une force extérieure pour communiquer le mouvement : c'est la mobilisation passive.

Le procédé actif de mobilisation serait le meilleur, s'il était toujours applicable, car il vise à la fois l'articulation et les muscles qui la meuvent. Et l'on sait que les raideurs articulaires s'accompagnent toujours d'atrophie des muscles, soit par suite du défaut de fonctionnement dû à l'immobilité absolue ou relative des leviers osseux que ces muscles ont pour rôle d'actionner, soit par l'effet d'un trouble trophique spécial que les affections articulaires provoquent rapidement dans les groupes musculaires correspondants. Mais ce procédé est rarement applicable d'emblée. Il ne suffit pas, en tous cas, pour réussir à mobiliser l'articulation intéressée, de conseiller au malade de se servir de son membre dans les actes usuels de la vie. D'abord, les muscles, dans le début, peuvent n'être pas assez forts pour vaincre les résistances des tissus articulaires ou péri-articulaires; ensuite, le malade, abandonné à lui-même, éprouvera des difficultés pour exécuter correctement le mouvement, et cherchera inconsciemment des suppléances fonctionnelles qui feront porter l'exercice sur des muscles et sur des articulations que le médecin n'avait pas visés.

Il faut donc réserver les mouvements actifs pour une période plus avancée du traitement. Il faudra, d'autre part, quand le moment sera venu, de commencer les mouvements actifs, prescrire au malade des exercices beaucoup plus méthodiques et aussi beaucoup moins forts que les actes usuels de la vie : ces derniers demandent le plus souvent un effort trop considérable et, en tout cas, trop difficile à contrôler. C'est alors qu'on trouvera dans l'arsenal de la mécanothérapie des moyens d'une rigueur absolument mathématique, d'abord pour localiser l'effort dans le groupe musculaire voulu et éviter toute suppléance de mouvements auxiliaires, ensuite pour doser la quantité de travail effectué par le malade, et pour l'augmenter progressivement au fur et à mesure de l'accroissement des forces. Mais nous y reviendrons en décrivant les méthodes de mobilisation *semi-active, semi-passive*; car la plupart des appareils de mobilisation sont à deux fins.

Appareils de mobilisation passive.

Les procédés purement passifs utilisés dans la méthode Zander pour lutter contre les raideurs articulaires sont basés sur l'emploi des machines mues par une force extérieure, telle que la vapeur, l'électricité, le gaz. Ces machines ne permettent aucun mouvement actif. Il n'y en a, dans les instituts Zander, qu'un nombre assez restreint, car, en général, les machines qui peuvent donner à volonté le mouvement tantôt actif, tantôt passif, sont d'un emploi plus pratique, comme nous allons le dire tout à l'heure. Il n'en est pas moins intéressant de donner un rapide aperçu des appareils à mobilisation passive, d'autant plus que certains d'entre eux ne peuvent être suppléés par aucun autre moyen de mobilisation.

Flexion et extension passives des poignets. — Le malade est assis devant une table étroite sur laquelle reposent ses avant-bras, de façon que les poignets en dépassent le bord et qu'il puisse saisir à pleines mains une tringle horizontale qui se déplace alternativement de haut en bas et de bas en haut. Le mouvement de celle-ci est réglé par une tige de branchement qu'on peut allonger ou raccourcir à volonté, de façon à augmenter ou à diminuer l'amplitude du déplacement. Ce mouvement d'élevation et d'abaissement des mains est localisé dans l'articulation du poignet, grâce à l'application d'une sorte d'attelle qu'on rabat transversalement sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras pour l'immobiliser.

Adduction et abduction passives des poignets. — Le dispositif est à peu près le même que précédemment, sauf que la mobilisation est commandée par deux palettes fixées à la table par un pivot autour duquel elles exécutent un mouvement de va-et-vient dans le plan horizontal. Une traverse fixée à chaque palette donne prise à la main du malade, dont l'avant-bras est maintenu dans une gouttière qui le fixe. Aussitôt qu'on débouche le moteur, les mains sont entraînées par le mouvement de la palette alternativement dans l'adduction et dans l'abduction. Ici, comme tout à l'heure, un dispositif très simple permet de régler à volonté l'amplitude du mouvement.

Rotation passive du bassin et du rachis autour de l'axe vertical. — Le patient est assis sur une

sorte de chaise dont le dossier est fixe et dont le siège est mobile autour d'un axe vertical. Le dossier porte une barre horizontale autour de laquelle les bras se fixent, et le siège est muni d'une courroie à l'aide de laquelle on y boucle les cuisses. Quand on met l'appareil en marche, le haut du tronc demeure immobile contre le dossier de la chaise, tandis que les cuisses et le bassin accompagnent le mouvement du siège, qui se déplace alternativement de droite à gauche et de gauche à droite dans le plan horizontal. Cette sorte de torsion sur l'axe fait sentir ses effets aux articulations sacro-lombaires, lombaires et dorsales; elle tend même à mobiliser les articulations costo-vertébrales.

Les indications de ce mouvement sont souvent du ressort de la médecine interne, car il s'emploie comme moyen d'activer la circulation du sang dans les vaisseaux intra-abdominaux et d'aider à la progression des résidus alimentaires dans tout le trajet du tube digestif. Il est indiqué aussi en cas de raideur des articulations vertébrales rachidiennes. Or ce cas se présente souvent, en orthopédie. Il arrive fréquemment que le redressement d'une déviation rachidienne exige au préalable la mobilisation des vertèbres et l'assouplissement des ligaments. On peut utiliser encore ce mouvement pour donner plus de mobilité aux articulations costo-vertébrales. Les côtes correspondantes étant immobilisées par la prise des bras sur le dossier fixe de l'appareil, n'accompagnent pas les vertèbres dorsales dans toute l'étendue de leur mouvement. D'où une mobilisation par glissement très salutaire, par exemple, aux emphysemateux, chez qui la course des côtes est habituellement raccourcie, ainsi que chez les vieillards.

Circumduction du bassin. — Encore un mouvement d'assouplissement des vertèbres, surtout des vertèbres lombaires. Il s'obtient en faisant asseoir le malade sur un tabouret à siège mobile, mais non pourvu de dossier. Le siège est monté sur un pivot central autour duquel il peut tourner. La particu-



Figure 1.

Combinaison des mouvements de flexion et circumduction du bassin (appareil D² de Zander).

larité intéressante de ce mouvement, c'est qu'il se fait dans plusieurs plans successifs, de façon que chacun des points de sa circonférence s'élève et s'abaisse alternativement. Le bassin dont la base repose sur ce tabouret en suit, naturellement, tous les déplacements et se trouve subir un véritable mouvement de circumduction dans lequel il passe successivement par toutes les positions que permettent, d'une part, la mobilité de l'articulation lombo-sacrée, et, d'autre part, la flexibilité de la colonne lombaire (fig. 1).

Dans ce mouvement, comme dans le précédent, toutes les articulations vertébrales se trouvent mobilisées. En outre, cette sorte de « déhanchement » provoque un déplacement continu du centre de gravité que le patient est obligé de corriger constamment par un mouvement instinctif de la partie supérieure du tronc. De là l'intervention de certains efforts musculaires qui ajoutent à l'effet du mouvement passif celui d'un exercice actif d'autant plus

accentué que le sujet est moins habitué à garder l'équilibre. Pour cette raison, ce mouvement doit être toujours donné, au début, avec l'amplitude minima.

Flexion latérale passive de la colonne vertébrale. — Ce mouvement s'obtient par un balancement latéral du siège sur lequel est assis le patient. Il est surtout utilisé dans les scoliozes, car on peut, à volonté, faire prédominer, suivant le sens dans lequel le malade est assis, tantôt la flexion latérale gauche, tantôt la flexion latérale droite, et utiliser ces effets dans un but correctif de la déviation rachidienne.

Circumduction passive de la cuisse. — Ce mouvement est communiqué à l'articulation de la hanche par une sorte de soulier métallique monté sur pivot. Le pivot lui-même est supporté par une branche horizontale, qui se meut circulairement comme le rayon d'une roue en entraînant le pied, de manière à lui faire décrire un cercle complet dans le plan horizontal. Le patient place le pied dans le soulier, où le maintient la pression exercée par le poids du membre. Une attelle extérieure, munie d'une poignée, permet au patient d'exercer avec la main une légère traction en sens inverse de la pression de la jambe, et d'assurer ainsi l'adhérence de la plante du pied à la semelle. Le corps étant à demi étendu dans le même plan horizontal où se meut le rayon qui transmet le mouvement, si on met l'appareil en marche, le pied, et, à sa suite, la jambe et la cuisse se trouvent entraînés dans toute la série de déplacements successifs que leur communique la révolution circulaire du soulier. Le mouvement circulaire du pied se transmet ainsi, par l'intermédiaire de la jambe et de la cuisse à l'articulation de la hanche. Chaque tour exécuté par le rayon porteur du soulier fait passer le fémur par la série de positions dont la succession constitue le mouvement complexe appelé circumduction. Outre le mouvement principal de circumduction de la hanche, il se produit simultanément des mouvements accessoires de flexion et d'extension du genou. On peut limiter ou agrandir à volonté l'étendue du déplacement que subit la cuisse, en raccourcissant ou en allongeant le rayon métallique qui communique au soulier son mouvement circulaire, et aussi en éloignant ou en rapprochant le siège sur lequel repose le corps, ce qui diminue ou augmente le degré de flexion de la cuisse sur le bassin.

Cet appareil est un merveilleux moyen de mobilisation passive, qui vise surtout l'articulation de la hanche, mais qui fait aussi sentir ses effets à celles du genou et du pied. Il provoque, en outre, sur l'abdomen un effet mécanique de massage, et, sur le sang de vaisseaux portes, un puissant effet de circulation.

Mobilisation semi-active, semi-passive.

Les appareils à mobilisation *activo-passive* ne sont pas actionnés par un moteur mécanique; mais ils sont munis d'un dispositif qui permet à volonté à un aide de communiquer le mouvement au malade, ou à celui-ci de l'exécuter activement.

Le principe de ces appareils est d'utiliser, pour opposer une résistance à l'effort du sujet, un « volant » susceptible d'emmagasiner une partie de la force dépensée dans le premier effort et de la restituer ensuite sous forme de mouvement circulaire. Le mouvement initial est communiqué par un aide, et le malade n'a plus qu'à entretenir la vitesse donnée au volant en dépassant une très faible quantité de force. Il peut même subir le mouvement en restant tout à fait passif; il suffit pour cela que l'aide renouvelle de temps en temps l'impulsion première et entretienne la vitesse acquise.

Circumduction activo-passive du pied. — Le type des appareils à mobilisation activo-passive est celui que nous représentons figure 2. Il a pour objectif la mobilisation de l'articulation tibio-tarsienne dans le sens de la circumduction. Le malade, assis sur un siège dont on règle à volonté l'éloignement, applique la plante du pied sur une pédale verticale, en forme de semelle, où une vis de pression vient le fixer. La pédale est rattachée à un rayon horizontal gradué, qui se branche lui-même à un pivot vertical relié à un volant. Si le malade actionne la pédale en exerçant une pression avec le pied, il met le volant en mouvement; et, réciproquement, si un aide actionne le volant au moyen de la poignée dont il est muni, il communique le mouvement au pied. Dans le premier

cas, le mouvement est actif; dans le second, il est passif. Si le malade et l'aide agissent de concert, le mouvement sera *semi-actif* et *semi-passif*. Le médecin pourra donc, à l'aide de cet appareil, agir à la fois sur les muscles et sur l'articulation, ou se

les mêmes données permet de produire dans la même articulation tibio-tarsienne, des mouvements de flexion et d'extension (fig. 3). Dans celle-ci, la pédale est adaptée à un levier qui se meut, non plus circulairement, mais d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Ici encore, un volant, muni d'une poignée, peut, à volonté, opposer la résistance de son poids à la pression qu'exercent les pieds sur la pédale ou actionner la pédale et communiquer le mouvement aux pieds, quand un aide manœuvre la poignée. Dans les deux cas, le mouvement peut être limité soit à la flexion, soit à l'extension, ou bien se produire alternativement dans les deux sens. L'amplitude du déplacement est déterminée d'avance au gré du médecin, grâce à une bride métallique graduée qui mesure la course de la pédale et qui peut s'allonger ou se raccourcir.

Mobilisation activo-passive de l'épaule. — La figure 4 représente un autre appareil de Zander qui sert à mobiliser l'articulation scapulo-humérale. Le patient, assis sur un siège adapté à sa taille, engage la racine du bras, le plus près possible de la tête

humérale, sur une sorte de croissant qui termine un poteau vertical fixé au sol. A la base du croissant vient s'articuler une barre de bois horizontale, sur laquelle doit s'allonger le membre supérieur tout entier, et que la main doit saisir le plus loin possible. Cette barre, dont le mode d'articulation lui permet de suivre tous les mouvements de l'humérus, se branche par son autre extrémité sur la longueur d'un levier vertical qui est mobile autour d'un centre, comme le rayon d'une roue. Le pivot autour duquel ce levier tourne, en divise la longueur en deux parties inégales, dont la plus longue sert, comme nous l'avons dit, au branchement de la barre de bois et dont la plus courte porte une masse de fer qui est le poids de résistance. Le malade étant assis, le bras enfourché dans le croissant, sa main tenant la barre horizontale, il suffit d'un très

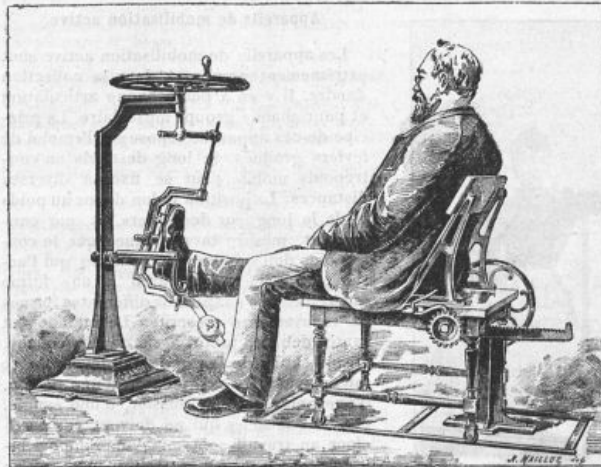


Figure 2. Circumduction activo-passive du pied (appareil B¹² de Zander).

borner à exercer une action mécanique sur les surfaces articulaires et les ligaments.

Dans les deux cas, le pied accompagnera la pédale à laquelle il reste fixé et exécutera un mouvement circulaire, dont l'extrémité des orteils décrira la circonférence et dont la pointe du calcanéum sera le centre. La direction de ce mouvement pourra être alternativement de droite à gauche, puis de gauche à droite, car la pédale et le volant peuvent tourner dans ces deux sens. Enfin, l'étendue du déplacement sera réglée d'avance, suivant la longueur qu'on donnera au rayon, celui-ci pouvant recevoir le branchement de la pédale sur un point quelconque de l'échelle numérotée qui va de son centre à son extrémité.

Le mouvement de circumduction étant une synthèse de quatre mouvements primitifs combinés, flexion, extension, adduction et abduction, cet appareil peut satisfaire à toutes les indications de la mobilisation active ou passive du pied, quel que soit le sens dans lequel cette mobilisation doive se faire. Mais on remarquera que le sens de la direction initiale du mouvement a, dans certains cas, une importance capitale. Supposons le mouvement fait *activement*. S'il a lieu de *dedans en dehors*, c'est le bord interne du pied qui repousse la pédale (la jambe étant horizontale), et c'est le bord externe du pied qui la relève ensuite. Dans ces deux périodes, qui sont les temps actifs du mouvement, les muscles actionnés, et, par conséquent, exercés, sont ceux qui concourent à produire l'*abduction* du pied et le relèvement de son bord externe. Si, au contraire, la direction du mouvement est de *dedans en dehors*, c'est le bord externe du pied qui travaille en s'abaissant, et le bord interne en se relevant. Ici, donc, dans les deux temps actifs du mouvement, ce seront les muscles de l'*adduction* qu'on exercera. De là la différence d'emploi de l'appareil quand il s'agit par exemple d'un pied bot *varus* ou d'un pied *valgus*.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, les services que peut rendre cet appareil dans tous les cas où une cause quelconque d'origine interne ou traumatique a compromis les fonctions de l'articulation tibio-tarsienne; qu'il s'agisse de raideurs articulaires, de rétractions tendineuses, de contractures ou de paralysies musculaires, il n'est aucun mode de traitement qui puisse donner de meilleurs résultats que l'application quotidienne de ce mouvement de circumduction, synthèse de tous ceux que peut exécuter le pied.

Flexion et extension activo-passives du pied. — Une autre machine activo-passive est construite sur

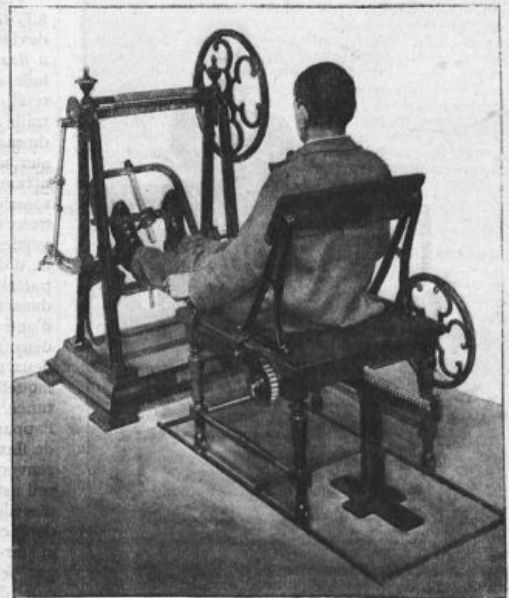


Figure 3. Mobilisation activo-passive des pieds (appareil B¹¹ de Zander).

léger effort pour imprimer à tout le système un mouvement qui fait passer successivement le bras dans les positions de flexion et extension, abaissement et élévation. La succession de ces positions entraîne le mouvement de circumduction le plus

complet que l'articulation puisse faire. On peut assurer l'immobilisation de l'omoplate et de la clavicule, pendant le mouvement de l'humérus, à l'aide d'une courroie qui vient faire un huit de chiffre sur l'épaule et embrasse le thorax.

Une fois le mouvement commencé, il se continue

mouvement en branchant la barre sur laquelle repose le bras sur un point du rayon plus ou moins éloigné du centre. On peut aussi rendre l'exercice tout à fait passif. Il suffit pour cela que la main d'un aide saisisse la barre sur laquelle est étendu le bras du patient et lui communique le mouvement.

Appareils de mobilisation active.

Les appareils de mobilisation active sont extrêmement nombreux dans la collection Zander. Il y en a pour chaque articulation et pour chaque groupe musculaire. Le principe de ces appareils repose sur l'emploi de leviers gradués, le long desquels un contrepoids mobile peut se fixer à diverses distances. La position qu'on donne au poids règle la longueur des leviers, et, par conséquent, mesure la résistance que le contrepoids doit opposer aux muscles qui l'actionnent. Chaque appareil a une forme différente qui s'adapte aux différentes formes de mouvements prescrits. Le malade est tantôt debout, tantôt assis, tantôt couché. L'application de la force qu'il développe se fait, suivant les cas, à l'aide d'une pédale, d'une poignée, d'un dossier, d'une sangle, etc. Les muscles qui ne doivent pas participer au travail sont mis dans l'impossibilité d'agir, tantôt par la position même qu'on donne au corps, tantôt par un système d'attaches. Enfin, la direction et la forme du mouvement sont assurées par la forme même du levier, qui est rigide et ne peut se mouvoir que dans un sens unique.

Il importe de faire ressortir que dans tous les appareils de mobilisation active le dispositif est tel que l'effort musculaire peut être réduit à un degré extrême d'atténuation permettant aux muscles les plus débilités d'exécuter le mouvement. On peut placer le contrepoids dans une position qui mette le levier presque en équilibre, et alors le travail n'est pas sensiblement plus grand pour actionner l'appareil que pour déplacer le membre réduit à son propre poids. Il ne reste plus dans ce cas qu'un élément d'exercice, — mais c'est un élément capital, — la correction impeccable du mouvement, assurée par la forme même de l'appareil. Enfin, le dispositif de chacun de ces appareils permet de les utiliser pour produire des mouvements passifs.

Voici, par exemple (fig. 5), un appareil qui sert à l'extension active de la jambe sur la cuisse et qui devient, en renversant le contrepoids, un appareil à flexion active de la jambe sur la cuisse. Le malade s'assied sur le siège d'une sorte de grand fauteuil, dont le dossier mobile peut s'adapter à la taille de chacun. Quand l'appareil a été réglé, le dos du malade doit toucher la paroi verticale du dossier, et le bord du siège doit arriver exactement au niveau du pli du jarret. Une traverse mobile capitonée est rabattue sur l'extrémité des fémurs et fixée dans des mortaises que portent deux tiges verticales. Les portions des membres inférieurs qui ne doivent pas participer au mouvement sont ainsi parfaitement immobilisées. Les pieds sont emboîtés dans deux demi-lunes, et le sujet ne peut faire d'autre mouvement que celui qui est commandé par deux attelles de fer mobiles autour d'un axe. Ces deux attelles sont reliées à une règle graduée, sur laquelle peut se déplacer à volonté le poids de résistance. Le mouvement est, pour ainsi dire, moulé par l'appareil. Quand on veut remplacer le mouvement de flexion par le mouvement d'extension, il suffit de renverser la règle qui porte le contrepoids. A l'appareil est annexé un cadran gradué sur lequel se meut une aiguille permettant de constater l'amplitude du déplacement de la règle à laquelle elle est soudée, et par conséquent l'étendue de la course accomplie par le membre dont le mouvement accompagne celui de la règle.

Cet appareil, aussi bien que tous les appareils de mobilisation active, permet, comme nous le disions tout à l'heure, de produire à volonté des mouvements passifs ou des mouvements actifs. En effet, le contrepoids de résistance étant toujours déplacé de bas en haut par l'action des muscles, aussi bien pendant la flexion que pendant l'extension actives, la pesanteur tend à le ramener de haut en bas dès que les muscles n'interviennent plus. Il suffira donc, pour obtenir un mouvement purement passif, de

faire soulever le levier par un aide, dans le temps qui correspondrait à la phase active du mouvement, et de le laisser redescendre par l'action du contrepoids, dans le temps de la phase passive. On remplacera ainsi l'effort musculaire du patient et on aboutira à produire une série de balancements dont le cadran gradué mesure l'amplitude et qui mettent alternativement le membre dans l'extension, puis dans la flexion.

On comprend les ressources qu'offre au chirurgien un appareil où le mouvement est strictement limité à l'articulation intéressée; où le groupe musculaire visé ne peut être suppléé par aucun autre; où le travail musculaire est dosé d'avance et peut être graduellement augmenté; où l'on peut, sans rien changer à la position du malade, passer du mouvement actif au mouvement passif; où, enfin, on peut faire se succéder une série de déplacements rythmés d'amplitude croissante.

Ce dernier point est de la plus haute importance pour déjouer ce qu'on a appelé si justement la « vigilance musculaire ». On sait ce qu'il faut entendre par cette expression imagée. La crainte inconsciente de la douleur fait que les muscles péri-articulaires veillent constamment à s'opposer par une contraction spasmodique à tout déplacement des surfaces articulaires, approchant du degré d'écartement qui pourrait devenir douloureux. Cette contracture exagérée dans des proportions parfois très considérables la perte apparente de la mobilité articulaire; elle cesse, comme on sait, sous le chloroforme; mais elle peut être aussi vaincue par les mouvements de balancement, si l'on en gradue lentement l'amplitude. Beaucoup de malades, dont le genou ne permet, par exemple, à la première tentative, qu'une flexion de 30°, peuvent, après deux ou trois minutes de balancements méthodiques, fléchir la jambe jusqu'à 50° et 60°.

Ce qu'on fait pour l'articulation du genou avec l'appareil que nous venons de décrire, d'autres appareils similaires permettent de le faire pour la hanche, pour le coude, pour l'épaule, etc. Il serait fastidieux et, du reste, superflu de décrire, l'un après l'autre, les dix ou douze appareils à l'aide desquels on peut, la mobilisation d'une articulation quelconque étant indiquée, provoquer à volonté le travail des muscles qui la meuvent, à l'exclusion des autres muscles; graduer exactement l'effort musculaire ou le supprimer tout à fait; régler enfin méthodiquement l'étendue des mouvements actifs ou passifs progressivement amplifiés.

Nous en avons dit assez pour faire comprendre les ressources infinies dont dispose le traitement mécanothérapeutique imaginé par Zander, quand il s'agit de rendre la force à un groupe de muscles ou le mouvement à une articulation.

FERNAND LAGRANGE.



Figure 4.

Circumduction activo-passive du bras dans la méthode « mécanique » (appareil Aⁿ de Zander).

à peu près passivement, car la masse de fer que porte l'une des extrémités du levier vertical n'est pas seulement un poids de résistance, mais joue aussi, grâce au mouvement circulaire qui lui est imprimé par l'effort initial, le rôle d'un volant qui emmagasine la force et permet à la vitesse acquise



Figure 5.

Extension active de la cuisse (appareil Bⁿ de Zander).

de se maintenir sans que le malade ait à faire une dépense appréciable de force.

On peut, du reste, là comme dans les autres appareils, faire varier l'effort musculaire en rapprochant ou en éloignant le contrepoids de l'extrémité du levier de résistance et faire varier l'amplitude du

XIII^E CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Qui sera tenu à Paris du 2 au 9 Août 1900.

(Suite et fin.)

SECTIONS¹.

Classe I. — Sciences biologiques.

A. — Section d'Anatomie descriptive et comparée.

Président : M. MILNE-EDWARDS.

Anatomie comparée.

Vice-Présidents : MM. DE LA CAZE-DUTHIERS, PERRIER, FILHOI, LAVOCAT. — Secrétaire : M. Auguste PETIT, rue Saint-André-des-Arts, 60, Paris. — Membres : MM. GIARD, MARION (Marseille), ROLLE (Toulouse), SABATIER (Montpellier).

RAPPORTS.

1^o Modifications des organes des sens amenées par l'obscurité. Rapporteur : M. Armand VIRÉ (Paris). — 2^o Le Pithécanthropus. Rapporteur : M. DUBOIS (Leyde). — 3^o Développement de quelques Lemnées. Rapporteur : M. HUBBERT (Leyde). — 4^o Anomalies musculaires. Rapporteur : M. LÉDOUBLE (Tours). — 5^o La Notocorde. Rapporteur : M. VAN BENEDEN (Liège).

1. Les membres dont les noms ne sont suivis d'aucune indication sont de Paris.

Tout membre du Congrès désireux de se faire inscrire pour une communication ou pour prendre part à la discussion de l'un des rapports proposés est prié de s'adresser au Secrétaire de la section.

Anatomie descriptive.

Vice-Présidents : MM. FARABEUF, PAULET, POIBIER. — Secrétaire : M. REIFFEL, rue de l'École-de-Médecine, 7, Paris. — Membres : MM. CHARY (Toulouse), DEBIÈRE (Lille), LEDOUBLE (Tours), NICOLAS (Nancy), TESTU (Lyon).

RAPPORTS.

1° La topographie du cerveau. Rapporteur : WALDEYER (Berlín). — 2° Les centres de projection et d'association dans le cerveau. Rapporteur : M. DEBIÈRE (Lille). — 3° Les voies ascendantes du cordon latéral de la moelle épinière. Rapporteur : M. VAN GEUCHTEN (Louvain). — 4° De quelques homologues des organes génitaux. Rapporteur : M. ROMYI (Pise). — 5° Homologie des artères des membres. Rapporteur : M. SALVI (Pise). — 6° Les glandes surrénales. Rapporteurs : MM. VALENTI (Bologne); AUGUSTE PETIT (Paris).

B. — Section d'Histologie et Embryologie.

Présidents d'honneur : MM. RAVIER et BALDIANI. — Président : M. Mathias DUAL. — Vice-présidents : MM. J. CHATEL et HENNEGUY. — Secrétaires : MM. RETTIER et LOISEL, rue de l'École-de-Médecine, 15, Paris. — Membres : MM. BEAUREGARD, BENOIT, DEBRÈNE, HENOCQUE, LAUNOIS, MOREAU, AUGUSTE PETIT, PHSALIX, BARAUD, SÉCHARD.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées.

1° Les dérivés brachiaux. — 2° La spectroscopie et la microspectroscopie en anatomie générale. — 3° Les différenciations fonctionnelles dans le protoplasma. — 4° Origine et évolution des leucocytes dans la série animale. — 5° Les notions nouvelles sur l'histologie du système nerveux. — 6° De la chromatolyse.

Le Comité de la Section d'Histologie et Embryologie disposera des salles et des microscopes pour les démonstrations de préparations.

C. — Section de Physiologie, Physique et Chimie biologiques.

Président : M. CHAUVEAU. — Vice-présidents : MM. MAREY, ARMAND GAUTIER et d'ARSONVAL. — Secrétaire général : M. DASTRE, à la Sorbonne (Paris). — Secrétaires adjoints : MM. GLEY, rue Monsieur-le-Prince, 14, à Paris; WEISS, avenue Jules-Jadin, 20, Paris. — Membres : MM. ABELOUS (Toulouse), ARLOING (Lyon), CHAPENTIER (Nancy), H. DEBOIS (Lyon), FRANÇOIS FRANCK, GARNIER (Nancy), GRÉHANT, HANRIOT, HÉDON (Montpellier), HUGONENQ (Lyon), JOLYET (Bordeaux), KAUFMANN, LABORDE, LA-CESSE, LAMBLING (Lille), LAULANIÉ (Toulouse), LYON (Marseille), E. MEYER (Nancy), J.-P. MORAT (Lyon), NICOLAS (Nancy), RICHET, WERTHEIMER (Lyon).

Le Comité de la Section de Physiologie ne propose pas de sujets déterminés de rapports. Les séances seront consacrées à des démonstrations expérimentales et à des communications sur des sujets intéressant la Physiologie, à la volonté des présentateurs.

Classe II. — Sciences médicales.

A. — Section de Pathologie générale et Pathologie expérimentale.

Présidents d'honneur : MM. CHAUVEAU et POTAIN. — Président : M. BOUCHARD. — Vice-présidents : MM. CHANTEMESSE et LANGEREAUX. — Secrétaires : MM. CHARBIN, avenue de l'Opéra, 11, et ROGER, rue Perrault, 4, Paris. — Membres : MM. ALBARRAN, ARLOING (Lyon), ARNOZAN (Bordeaux), d'ARSONVAL, AUSCHER (Bordeaux), BAR (Lyon), BERGONIÉ (Bordeaux), BOSCH (Montpellier), CADAT, CALMETTE (Lille), CASSATA (Bordeaux), COMBEMALE (Lille), JULES COURMONT (Lyon), CURTIS (Lille), DARIER, DELBET, DEVIC (Lyon), DUCAMP (Montpellier), ÉTIENNE (Nancy), FÉRE, FÉRE (Bordeaux), GALTIER (Lyon), GAUTIER, GILBERT, GLEY, COMBAULT, GUINARD (Lyon), HAUSHALTER (Nancy), HAYEM, HERMAN (Toulouse), HUGONENQ (Lyon), LAMBLING (Lille), LANGOUZY, LAULANIÉ (Toulouse), LAVERAN, LE DANTEC (Bordeaux), LE GENDRE, LÉPINE (Lyon), LETULLE, MAIBET (Montpellier), MALASSEZ, PIERRE MARIE, MARIE (Toulouse), MAUREL (Toulouse), MAYET (Lyon), MÉNÉTRIÈRE, MOREAU (Alger), MOSE (Toulouse), MOUSSU, NEVRI (Marseille), NOCARD, OLLIER (Lyon), PANAS, PHSALIX, PICOT (Bordeaux), PIERRET (Lyon), RAPPIN (Nantes), RAUZIER (Montpellier), RECLUS, ROBERT (Lyon), SAERAZES (Bordeaux), SIGALLAS (Bordeaux), SPILLMANN (Nancy), TAPIE (Toulouse), Joseph TEISSIER (Lyon), Pierre TEISSIER, THIBOLOIX, TRUPIER (Lyon), TUFFIER, VARNIER, VERGELY (Bordeaux), VULLEMIN (Nancy), VAQUEZ, WIDAL.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées.

A. De l'état de l'organisme et de ses modifications dans leurs rapports avec l'infection et l'immunité naturelle ou acquise. — 1° Des modifications des humeurs dans les maladies infectieuses. — a) Application des sérum sanguins à la thérapeutique; b) La propriété agglutinative et ses rapports avec les autres propriétés acquises par les humeurs. — 2° Des sources de l'immunité dans l'organisme normal. — 3° Des origines de la leucocytose. — 4° Des organes destructeurs des microbes et des toxines. — 5° Action des toxines sur le système nerveux dans les infections. — 7° Pathogénie de la contracture tétanique.

B. De la fièvre. C. Hérité et inocité. — 4° Anomalies de développement et conditions des prédispositions morbides; 2° Influence des maladies de la mère sur la nutrition, l'activité fonctionnelle et les lésions de l'enfant.

D. Les diabètes. — La nutrition chez les diabétiques. E. Alimentation extra-buccale. F. Emploi des rayons de Röntgen en sémiologie médicale. G. Les auto-intoxications.

B. — Section de Bactériologie et Parasitologie.

Président : M. DUCLAUX. — Vice-présidents : MM. ANLOINO (Lyon) et LAVERAN. — Secrétaire : M. R. BLANCHARD,

boulevard Saint-Germain, 296, Paris. — Membres : MM. CALMETTE (Lille), CHARBIN, MÉGNIN, METCHNIKOFF, MONZIE, NOCARD (Alfort), BAILLET (Alfort), E. ROUX, VAL-LARD.

RAPPORTS

1° Tuberculose. Rapporteur : M. EHRING (Berlin). — 2° Immunité. Rapporteurs : MM. BÜCHNER (Munich) et METCHNIKOFF (Paris). — 3° Toxines et antitoxines. Rapporteurs : MM. ROUX (Paris) et EHRICH (Berlin). — 4° Pâlidisme. Rapporteurs : MM. LAYHAN (Paris), GRASSI (Rome), DANILEVSKY (Khar'kov). — 5° Parasites du cancer. Rapporteur : M. BOREL (Paris).

C. — Section d'Anatomie pathologique.

Président : J. CORNIL. — Vice-présidents : MM. COYNE (Bordeaux) et J. RENAULT (Lyon). — Secrétaire : M. LÉ-TULLE, rue de Magdebourg, 7, Paris. — Membres : MM. BARO (Lyon), BRault, DARIER, FABRE-DOMERGUE, A. GOMBAULT, KELSCH, MALASSEZ, NEVRI (Marseille), SÉCHARD.

RAPPORTS

1° Histogénèse des épithéliomes. Rapporteurs : MM. HLAVA (Prague), FABRE-DOMERGUE (Paris) et PODWISSOWSKY (Kiew). — 2° Rôle des cellules fixes dans l'inflammation. Rapporteurs : MM. BAUMGARTEN (Tübingen), RENÉ MARIE (Paris), NIKIFOROF (Moscou). — 3° Réparation expérimentale des tissus. Rapporteurs : ZIEGLER (Fribourg-en-Brisgau) et CARNOT (Paris). — 4° Rôle de la névrogie dans l'évolution des inflammations et des tumeurs. Rapporteurs : MM. WEGERT (Frankfort), MARINESCO (Bucarest) et PHILIPPE (Paris). — 5° Les globules blancs du sang dans les différents états morbides. Rapporteurs : MM. EMBLICH (Berlin) et JOLLY (Paris). — 6° La résistance des globules rouges à l'état normal et à l'état pathologique. Rapporteurs : MM. HAMBURGER (Utrecht), VAQUEZ (Paris) et HEDIN (Lund, Suède).

D. — Section de Pathologie interne.

Président : M. POTAIN. — Vice-présidents : MM. DIEULAFOY et GRASSET (Montpellier). — Secrétaires : M. RENDU, rue de l'Université, 28, Paris, et F. WIDAL, boulevard Houshoun, 155, Paris. — Membres : MM. ACHARD, BOINET (Marseille), BRUNON (Rouen), CHAUFFART, COMBEMALE (Lille), DEBOE, DUFLOCO, DELORE (Lyon), FENET, HAYEM, HENROT (Reims), HÉRARD, LE GENDRE, LETULLE, MAYET (Lyon), MERKLEN, MOSSÉ (Toulouse), SPILLMANN (Nancy), TEISSIER (Lyon), TROISIER, VERGELY (Bordeaux).

RAPPORTS

1° Pathogénie de la goutte. Rapporteurs : MM. LE GENDRE (Paris), ERSTEIN (Göttingen), DACE-DUCKWORTH (Londres) et KOLISCH (Vienne). — 2° Insuffisance rénale. Rapporteurs : MM. ACHARD (Paris), LAACHE (Christiania), PAVLINO (Moscou). — 3° Entérite muco-membraneuse. Rapporteurs : MM. MATHEI (Paris), NOTHAGEL (Vienne), EWALD (Berlin), REVILLION (Genève). — 4° Oedèmes aigus des poumons. Rapporteurs : MM. TEISSIER (Lyon), VON BASCH (Vienne), MASUIS (Liège), SIROTONNE (Moscou). — 5° Ulcérations gastriques. Rapporteurs : MM. DIEULAFOY (Paris), BOZZOLO (Turin).

E. — Section de Médecine de l'Enfance.

Président d'honneur : M. BERGERON. — Président : M. GRANCHER. — Vice-Présidents : MM. CADET DE GASSI-COURT et SIMON. — Secrétaire : M. MARFAN, rue La Boétie, 30, Paris. — Membres : MM. COMBY, HAUSHALTER (Nancy), HUTINEL, MOIZARD, MOUSSOU (Bordeaux), SEVESTRE, VARIOT.

RAPPORTS

1° De l'allaitement artificiel et en particulier de l'emploi du lait stérilisé. Rapporteurs : MM. JACOBI (New-York), JAHANNESSEN (Christiania), HEUBNER (Berlin), MONTI (Vienne), VARIOT (Paris). — 2° Infections et intoxications gastro-intestinales chez l'enfant du premier âge. Rapporteurs : MM. ERSTEIN (Prague), ESCHERICH (Graz), BAGINSKY (Berlin), F. FÉRE (Naples), MARTINEZ VARGAS (Bordeaux), MARFAN (Paris). — 3° Tuberculose infantile. Rapporteurs : M. d'ESPINE (Genève), HUTINEL (Paris), RICHARDIÈRE (Paris), MOUSSOU (Bordeaux). — 4° Méningites aiguës non tuberculeuses. Rapporteurs : M. MYA (Florence), CONCETTI (Rome), NETTER (Paris), RAUCHFESS (Saint-Petersbourg).

En outre des questions qui seront l'objet de rapports, le Comité de la section de Médecine de l'enfance attire l'attention sur les questions suivantes : *Serumthérapie antidiphthérique; Rhumatisme infantile et ses rapports avec les affections du cœur et la chorée; Alcoolisme des enfants; Constipation; Maladies du thymus.*

F. — Section de Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale.

Président : M. LANDOUZY. — Secrétaire : M. GILBERT, rue de Rome, 27, Paris. — Membres : M. ARNOZAN (Bordeaux), BARDET, BOURQUELOT, BUCQUOY, CHASSEVANT, FERNAND, HAYEM, HUGHARD, JUNGLEICHS, JOSIAS, LEREBOLLET, LÉPINE (Lyon), M. PETIT, PLANCHON, POUCHET, PRUNIER, A. ROBIN, VIGIER.

I. Thérapeutique.

Vice-Président : M. BUCQUOY. — Secrétaire : M. GILBERT, rue de Rome, 27, Paris.

RAPPORTS

1° Traitement de la lithiasé biliaire. Rapporteurs : MM. LANOZY (Strasbourg), GILBERT et FOURNIER (Paris). — 2° Indications et contre-indications de la saignée. Rapporteurs : MM. BAGINSKY (Berlin), HAYEM (Paris). — 3° Les injections salines en thérapeutique. Rapporteur : M. LANDOUZY (Paris). — 4° Doit-on combattre la fièvre? Rapporteurs : MM. STOKVIS (Amsterdam), LÉPINE (Lyon).

II. Pharmacologie.

Vice-Président : M. POUCHET. — Secrétaire : M. CHASSEVANT, rue Gay-Lussac, 32, Paris.

RAPPORTS

1° Des associations médicamenteuses en thérapeutique; leurs avantages, leurs inconvénients. Rapporteurs : M. X... — 2° Action physiologique et thérapeutique de la digitale et de ses principes a tifs. Rapporteurs : MM. LAUDER BRUNTON (Londres), Gnocco (Florence). — 3° Mécanisme physiologique des médicaments diurétiques. Rapporteurs : MM. TCHERINOF (Mo-cou), RENAULT (Lyon).

III. Matière médicale.

Vice-Président : M. PLANCHON. — Secrétaire : M. CHASSEVANT, rue Gay-Lussac, 32, Paris.

RAPPORTS

1° Comparaison entre l'action thérapeutique des préparations pharmaceutiques végétales et celle de leurs principes immédiats actifs. Rapporteur : M. X... — 2° Etat actuel de nos connaissances sur les principes actifs de la digitale. Rapporteur : M. VAN AUBEL (Liège). — 3° Etat de nos connaissances sur les alcaloïdes des solanées vireuses. Rapporteur : M. THOMAS (Berlin). — 4° Etude sur les altérations des médicaments par oxydation. Rapporteur : M. BOURQUELOT (Paris).

G. — Section de Neurologie.

Président : M. RAYMOND. — Vice-Présidents : MM. BUIS-SAUD, DÉBRÈNE, GRASSET (Montpellier), PÉTRE (Bordeaux). — Secrétaire : M. P. MARIE, rue Cambacérés, 3, Paris. — Membres : MM. ANORÉ (Toulouse), d'ASTROS (Marseille), BABINSKI, G. BALLEZ, BERNHEIM (Nancy), BINET, BOURNEVILLE, JEAN CHARCOT, CH. FÉRE, GILLES de LA TORETTE, A. GOMBAULT, HAUSHALTER (Nancy), HAYEM, KLIPPEL, LAUNOIS, MIRALLÉ (Nantes), PIERROT, PIERRET (Lyon), RAUZIER (Montpellier), PAUL RICHET.

RAPPORTS

1° Sur les centres de projection et d'association dans le cerveau humain. Rapporteurs : MM. FLECSING (Leipzig), HRTZIG (Halle), VON MONAKOW (Zurich). — 2° Sur la nature et la localisation des réflexes tendineux. Rapporteurs : MM. JENDIASIK (Budapest), C.-S. SHERRINGTON (Liverpool). — 3° Nature et traitement de la myélite aiguë. Rapporteurs : MM. VON LYDEN (Berlin), CROCO (Bruxelles), MARINESCO (Bucarest). — 4° Diagnostic de l'hémiparésie organique avec l'hémiparésie hystérique. Rapporteurs : MM. ROTI (Moscou), FERRIER (Londres). — 5° Des lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle. Rapporteurs : MM. BRICE (Edinburgh), HOMER (Heilingsfors). — 6° Sur différents points de l'étude des aphasies. Rapporteurs : MM. PICK (Prague), TAMBUINI (Reggio).

H. — Section de Psychiatrie.

Président : M. MAGNAN. — Vice-Présidents : MM. JOFFROY, GILBERT BALLEZ, PIERRET (Lyon) et CULBERG (La Roche-sur-Yon). — Secrétaire : M. ANI. RITTI, Asile Charenton (Seine). — Membres : MM. BOURDREAU, BOURNEVILLE, ALBERT CARRIER (Lyon), CHRISTIAN (Charenton), DOUTREBENTE (Blois), JULES FALRET, CH. FÉRE, FÉVRE (Ville-Evrard), P. GARNIER, GIBAUD (Saint-Yon), MAIBET (Montpellier), MEURIO, MOTET, PARANT (Toulouse), RÉGIS (Bordeaux), SEGAS, TAGUET (Vaucluse), VALLON, JULES VOISIN.

RAPPORTS

1° Pathologie mentale. — Psychoses de la puberté. Rapporteurs : MM. ZIEHEN (Iena), MARRO (Turin), J. VOISIN (Paris). — 2° Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de l'idiotie. Rapporteurs : MM. G. E. SUT-TLEWORTH et FLEICHER BEACH (Londres), MIENZKOWSKI (Saint-Petersbourg), BOURNEVILLE (Paris). — 3° Thérapeutique. — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. Rapporteurs : MM. Clemens NEISSER (Leubus), KORSAKOF (Moscou), MOREL (Mons). — 4° Médecine légale. — La perversion sexuelle obsédante et les impulsions au point de vue médico-légal. Rapporteurs : MM. DE KRAFFT-EBING (Vienne), MONSELLI (Gènes), PAUL GARNIER (Paris).

I. — Section de Dermatologie et Syphillographie.

Président : M. BESNIER. — Secrétaire : M. G. THIBERGE, rue de Surène, 7, Paris. — Membres : MM. AUDRY (Toulouse), BALZER, BARTHÉLEMY, L. BROCO, BROUSSE (Montpellier), DU CASTEL, CHAMBLÉ (Lille), DAXLOS, J. DARIER, DOYON (Uriage), W. DEBBRELLI (Bordeaux), Alfred FOURNIER, GÉMY (Alger), E. GAUCHER, HALLOPEAU, L. JELLINE, LE PILLEUR, Ch. MAURIC, A. RENAULT, TENNESON.

RAPPORTS

A. Dermatologie.

1° Origine parasitaire des eczémata. Rapporteurs : MM. KAPOSI (Vienne), UNNA (Hambourg), JADASSOHN (Berne), J. GALLOWAY (Londres), Gnocco, assisté par BOBIN (Reims), et VELLON (Paris). — 2° Les tuberculides. Rapporteurs : MM. BOECK (Christiania), COLCOTT FOX (Londres), CAMPANA (Rome), G. RIEHL (Leipzig), DARIER (Paris). — 3° Les pelades. Rapporteurs : MM. MALCOLM MORRIS (Londres), LASSAR (Berlin), MIBELLI (Parma), PAVLOFF (Saint-Petersbourg), SABOURAUD (Paris). — 4° Les leucoplasies. Rapporteurs : MM. BEHREND (Berlin), J.-J. PRINGLE (Londres), PERRIN (Marseille).

B. Syphillographie.

1° Syphilis et infections associées. Rapporteurs : MM. NEISSER (Breslau), D. BULKLEY (New-York) DUCREY (Pise), HALLOPEAU (Paris). — 2° La descendance des hérido-syphilitiques. Rapporteurs : MM. J. HUTCHINSON (Londres), TARNOWSKY (Saint-Petersbourg), FINGER (Vienne), L. JELLINE (Paris). — 3° Causes des infections généralisées dans la blennorrhagie. Rapporteurs : MM. TAYLOR (New-York), LESSEE (Berlin), TOMMASOLI (Palerme), J.-E. LANE (Londres), BALZER (Paris).

Classe III. — Sciences chirurgicales.

A. — Section de Chirurgie générale.

Président : M. TILLAUX. — Vice-présidents : MM. OLLIER et LAUN LABBÉ. — Secrétaire : M. WALTHER, boulevard Haussmann, 21, à Paris. — Membres : MM. L. CHAMPAGNE, DEMONS (Bordeaux); S. DUPLAY, FOLLIER (Lille); GROS (Nancy); JEANNEL (Toulouse); LE DENTU, MONOD, PÉRIER, PEUGNIEZ (Amiens); PÉVROT, PICQUÉ, POLAILLON, PONCET (Lyon); RECLUS, SCHWARTZ, TÉDÉNAT (Montpellier); TOFFIER.

RAPPORTS

1° Chirurgie du pancréas. Rapporteurs : MM. CECCHERELLI (Parma); MAYO ROBSON (Leeds); J. BOECKEL (Strasbourg). — 2° Radiographie dans l'étude des fractures et des luxations. Rapporteurs : MM. ASHURST (Phi a Ielphi); BERGMANN (Berlin); MACNOBY (Chartres). — 3° Traitement des plaies infectées. Rapporteurs : MM. BOBROF (Moscou); BLOCH (Copenhague); LEJARS (Paris). — 4° Anastomoses intestinales et gastro-intestinales. Rapporteurs : MM. ROUX (Lausanne); KRASKÉ (Fribourg); CHAPUT (Paris).

B. — Section de Chirurgie de l'Enfance.

Président : M. LANNELONGUE. — Vice-présidents : MM. KIRMISSON et PÉCHAUD (Bordeaux). — Secrétaire : MM. A. BROCA, rue de l'Université, 5, Paris, et VILLEMEN, rue Notre-Dame-des-Champs, 58, Paris. — Membres : MM. BRUN, FÉLIZET, JALAGUIER, MAUCLAIRE, MÉNARD (Berck); NOVÉ-JOSSERAND (Lyon); PHOGAS (Lille); VINCENT (Lyon).

RAPPORTS

1° Traitement des luxations congénitales de la hanche. — a) Traitement par les opérations sanglantes. Rapporteur : M. HOFFA (Wurzburg). — b) Traitement par les méthodes non sanglantes. Rapporteur : M. LORENZ (Vienna). — c) Rapport d'ensemble. Rapporteur : M. KIRMISSON (Paris). — 2° Traitement du mal de Pott. — a) Traitement dans la phase de début et de la gibbosité en cours de formation. Rapporteur : M. SOBOTINE (Saint-Petersbourg). — b) Traitement dans la phase où la gibbosité est faite et terminée. Rapporteur : M. BRADFOR (Boston). — 3° Indications thérapeutiques dans l'appendicite. Rapporteurs : MM. F. TREVES (Londres), ROUX (Lausanne), JALAGUIER (Paris).

C. — Section de Chirurgie urinaire.

Président : M. GUYON. — Vice-présidents : MM. ALBARRAN et POISSON (Bordeaux). — Secrétaire : M. DENOS, rue de Rome, 31, Paris. — Membres : MM. BAZY, CABLER (Lille); CHEVALIER, DELAGENIERE (Le Mans); ERAUD (Lyon); ESCAT (Marseille); ESTON (Montpellier); FONGUE (Montpellier); GUIARD, GUILLET (Caen); HALLÉ, LEGOUÉ, MALHERBE (Nantes); MONOD; PONCET (Lyon); ROUFIER.

RAPPORTS

1° Les opérations constrictives dans les rétentions rénales. Rapporteurs : MM. KUSTER (Marbourg); CHRISTIAN FENDER (Chicago); BAZY (Paris). — 2° Valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose urinaire. Rapporteurs : MM. SEXTON (Copenhague); HOGER (Liège); POISSON (Bordeaux). — 3° Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrôphie prostatique. Rapporteurs : MM. W. WHITE (Philadelphie); LEGOUÉ (Paris); VON FRISCH (Vienna). — 4° Résultats éloignés des interventions sanglantes sur les rétrécissements de l'urètre. Rapporteurs : REG. HARRISON (Londres); MARIACHES (Odessa); ALBARRAN (Paris).

D. — Section d'Ophthalmologie.

Président : M. PANAS. — Vice-présidents : MM. JAVAL et GAYET (Lyon). — Secrétaire général : PARENT, avenue de l'Opéra, 26, Paris. — Secrétaires adjoints : MM. CHEVALEREAU et ROCHON-DUVIGNAUD. — Membres : MM. ABADIE, BADAL (Bordeaux); BRUCH (Alger); CHAUVEL, CHIBRET (Clermont-Ferrand); DOR (Lyon); HOCQUARD, JOCOS, LAGRANGE (Bordeaux); LANDOLT; DE LAPRESSE (Lille); MEYER, ROUFIER (Nancy); TENSION, TROUSSEAU; TRUC (Montpellier).

RAPPORTS

1° Les névrites optiques d'origine infectieuse et toxique. Rapporteurs : MM. BELLARMINO (Saint-Petersbourg); NIEL (Liège); UHTOFF (Breslau). — 2° Le centre visuel cortical. Rapporteurs : MM. BERSHNER (Vienna); ANGELICCI (Palerme); HENSCHEN (Upsal). — 3° Valeur comparative de l'innervation et des opérations proposées pour le réparer. Rapporteurs : MM. PFLUGER (Berne); SNELLEN (Utrecht); H. R. SWANZY (Dublin); DE SCHWEINITZ (Philadelphie).

E. — Section de Laryngologie, Rhinologie.

Président : M. GOUQUENHEIM. — Secrétaire : M. LERMOYER, rue La Boétie, 20 bis, Paris. — Membres : MM. CARTAZ, CHATELIER, GAREL (Lyon); LIG. ALF. MARTIN, MOURA BOUCOILLON, MOURE (Bordeaux); POYET, REAULT.

RAPPORTS

1° Pathogénie et traitement de l'ethmoïdite suppurée. Rapporteurs : MM. BOSWORTH (New-York); HAJEK (Vienna). — 2° Rhinites spasmodiques et leurs conséquences. Rapporteurs : MM. JACOBSEN (Saint-Petersbourg); MASINI (Gènes); 3° Anomie et son traitement. Rapporteurs : MM. ONODI (Budapest); HEYMANN (Berlin). — 4° Indications et technique de la thyroïdite. Rapporteurs : MM. E. SEMON (Londres); SCHMIEGLOW (Copenhague); GORIS (Bruxelles). — 5° Nodules vocaux. Rapporteurs : MM. KRAUSE (Berlin); CAPART (Bruxelles); CHARI (Vienna). — 6° Diagnostic du cancer du larynx. Rapporteurs : MM. B. FRAENKEL (Berlin); M. SCHMIDT (Frankfort-sur-Mein).

F. — Section d'Otologie.

Président : M. GELLÉ. — Secrétaire : M. CASTEX, avenue

de Messine, 30, Paris. — Membres : MM. BOUCHERON, S. DUPLAY, LABRETT DE LA CHARRIÈRE, LOKWENBERG, LUBET-BARROS, MÉNIÈRE, MIOT.

RAPPORTS

1° Traitement chirurgical de la sclérose otique. Rapporteurs : MM. SILBERMANN (Bâle); BOLEY (Barcelone). — 2° Pyohémie otitique. Rapporteurs : MM. DUNDAS GRANT (Londres); BRIGER (Breslau). — 3° Causes et traitement du vertige de Ménière. Rapporteurs : MM. VON STEIN (Moscou); MOLL (Arnheim); PRITCHARD (Londres); 4° Les exercices acoustiques dans la surdité. Rapporteurs : MM. URRANTSCHUSCH (Vienna); ROHNER (Zurich). — 5° Labyrinthites toxiques. Rapporteur : M. GRAVENIGO (Turin). — 6° Des notations acoustiques. Projet d'unification. Rapporteurs : MM. HARTMANN (Berlin); SCHIFFERS (Liège).

G. — Section de Stomatologie.

Président : M. PICKIEWICZ. — Vice-présidents : MM. GUYET et GAILLARD. — Secrétaire : M. FERRIER, rue Boissy d'Anglas, 39, Paris. — Membres : MM. BELTRAMI (Mars-île); CHOMPEL; FAHÉ (Tours); FAURE, FLEURY (Bordeaux); GRES, HUGENSCHEIDT, JARRE, MALASSEZ, CLAUDE MARTIN (Lyon); REDIER (Lille); ROBIER, ROSENTHAL (Nancy); SEBILEAT, TELLIER, THOMAS.

QUESTIONS

1° De l'intervention thérapeutique dans les anomalies de position et de direction des dents. — 2° De la prothèse immédiate dans ses applications à la chirurgie de la face. — 3° De l'influence des affections de la bouche et des dents sur les autres organes et systèmes généraux. — 4° Du choix des antiseptiques dans le traitement des caries dentaires. — 5° Du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Classe IV. — Obstétrique et Gynécologie.

A. — Section d'obstétrique.

Président : M. PINARD. — Vice-présidents : MM. BODIN et Alph. BERGOT (Nancy). — Secrétaire : MM. A. BAR, rue La Boétie, 422, et CHAMPETIER DE RIBES, rue de l'Université, Paris. — Membres : MM. CHAMPETIER, CHOZAT (Toulouse); DEMÉLIS, DOLÉRS, FOUCHER (Lyon); GAILLARD (Lille); GRIMPEL (Montpellier); GUÉNIST, HERVIEUX; LEFOUR (Bordeaux); MAYGRIER, PORAK, QUEIREL (Marseille); RIBEMONT-DESSAIGNES, VARNIER.

RAPPORTS

1° Etiologie et nature des infections puerpérales. Rapporteurs : MM. DOLÉRS (Paris); PENTALOZZA (Florence); MINGE et KROGNI (L'ipzic). — 2° Du traitement de la mort apparente du nouveau-né. Rapporteurs : MM. RIBEMONT-DESSAIGNES (Paris); F. H. CHAMPETIER (Londres); Fr. SCHULTZE (Léna). — 3° Application de la radiographie à l'obstétrique.

B. — Section de Gynécologie.

Président : M. TERRIER. — Vice-président : M. POZZI. — Secrétaire : M. HARTMANN, place Maiesherbes, 4, Paris. — Membres : MM. BOUILLY DELAGENIERE (Le Mans); LANNELONGUE (Bordeaux); LAROVENNE (Lyon); MONTROFFIT (Angers); QUÉNU, RICHELOT, SCHWARTZ, SEGOND.

RAPPORTS

1° Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Rapporteurs : MM. RICHELOT (Paris); DIMITRI DE OTT (Saint-Petersbourg); MONTGOMERY BALDY (Philadelphie). — 2° Des métrites cervicales. Rapporteurs : MM. POZZI (Paris); DOBERLEIN (Tubingen).

Classe V. — Médecine publique.

A. — Section de Médecine légale.

Président : M. BROUARDEL; Vice-présidents : MM. BENOIT, E. DEMANGE, LACASSAGNE (Lyon). — Secrétaire général : M. MOTET, rue de Charonne, 161, Paris. — Secrétaire adjoint : M. THUONOT. — Membres : MM. BORDAS, BUDIN, CASTIAUX (Lille), DANET, DEMANGE (Nancy), DESCOUST, GUILHERM (Toulouse), LAUGIER, LEVEIL, MORACHE (Bordeaux); OGDEN, POUCHET, ROCHET, SARDA (Montpellier); SOGQUET, VIBERT.

RAPPORTS

1° La putréfaction dans ses rapports avec la docimasie pulmonaire. Rapporteurs : MM. DESCOUST et BORDAS (Paris). — 2° La putréfaction oculaire au point de vue de la détermination de la mort. — Rapporteur : M. DESCOUST (Paris). — 3° La combustion criminelle des cadavres. Rapporteur : M. OGDEN (Paris). — 4° De la mort accidentelle par l'électricité. Rapporteurs : MM. d'ARNOVAL et BORDAS (Paris). — 5° Les expertises médico-légales rendues nécessaires par les accidents pouvant résulter de l'usage habituel d'aliments ou de boissons dont la conservation a été assurée par des agents chimiques (borax, acide salicylique, formol, etc.) Rapporteurs : MM. BROUARDEL et POUCHET (Paris). — 6° Les lésions valvulaires consécutives à des contusions des parois thoraciques. Rapporteurs : MM. CASTIAUX (Lille); LAUGIER (Paris). — 7° Action des nouvelles poudres sans fumée sur les vêtements et sur la peau. Rapporteurs : MM. THUONOT et VIELLE (Paris). — 8° Les délits résultant de la pratique du magnétisme par des personnes non diplômées. Rapporteurs : MM. GILLES DE LA TOULLETTE et ROCHIER (Paris).

B. — Section de Médecine et de Chirurgie militaires.

Président : M. DUARDEY-BEAUMEY. — Vice-président : M. CUNéo. — Secrétaire général : M. CATTEAU, Ministère de la Guerre, Paris. — Secrétaire adjoint : MM. DAWONSKI et ALVERNEHE.

a. Sous-Section de Chirurgie.

Président : M. CHAUVEL, boulevard Latour-Maubourg, 51 bis, Paris.

RAPPORTS

1° Des lésions produites chez l'homme par les balles des fusils de guerre de calibre (calibre de 6 millimètres au maximum). Rapporteurs : MM. HABART (Autriche); LAGAARD (Etats-Unis). — 2° Des lésions produites chez l'homme par les projectiles actuels d'artillerie. Rapporteurs : MM. DEMOSTHÈNE (Roumanie); GEISLER (Allemagne). — 3° Des règles du traitement immédiat à l'ambulance et à l'hôpital de campagne des fractures par coup de feu. Rapporteur : M. BISCHER (Suisse). — La Sous-Section désire que les médecins qui ont pris part aux guerres d'expéditions coloniales de ces dix dernières années exposent, d'après leur pratique, le traitement des blessés et les règles générales qui peuvent en être déduites.

b. Sous-Section d'Epidémiologie et d'Hygiène.

Président : M. KELSCH, École d'application du Val-de-Grâce, Paris.

RAPPORTS

1° Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde dans les armées en campagne. Rapporteur : M. VINCENT (Paris). — 2° Etiologie et prophylaxie de la dysenterie dans les armées en campagne. Rapporteur : MM. ANTOY (Paris) et SIMONIN (Paris). — 3° Prophylaxie de la syphilis dans les armées. Rapporteur : M. FERRIER (Paris). — 4° Des procédés extemporanés de purification des eaux. Rapporteur : M. LAPASSEY (Paris).

c. Sous-Section de Médecine navale.

Président : M. CUNéo. — Secrétaire : M. LAUGIER, Ministère de la Marine, Paris.

RAPPORTS

1° Du phagédénisme tropical. Rapporteur : M. LE DANTEC (Bordeaux). — 2° Soins à donner aux blessés sur les navires pendant et après le combat. Pansements des blessés. Moyens de transport. Premiers pansements. Opérations d'urgence. Rapporteur : M. FONTAN. — 3° Les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales. Rapporteur : M. BRUOT.

d. Sous-Section des Colonies.

Président : M. KERMOGANT, Ministère des Colonies, Paris.

RAPPORTS

1° Peste. Bactériologie, symptomatologie, sérothérapie, mesures prophylactiques et thérapeutiques. Rapporteurs : MM. SIMON et YERSIN. — 2° Le tétanos dans les pays chauds; sa prophylaxie. Rapporteur : M. GALTIERE (Lille). — 3° Etiologie et prophylaxie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Rapporteurs : MM. FIRKET (Liège), CLARAC et MARCHOUX.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

23 Mai 1899, (suite et fin).

Traitement des hémorroïdes. — M. Quénu. La communication de M. Monod ayant remis en discussion le traitement des hémorroïdes, je viens vous donner mon mode opératoire sur les résultats que j'obtiens.

Comme préparation, je purge mes malades trois jours avant l'opération avec un purgatif salin; je leur fais prendre un demi-purgatif l'avant-veille; dès la veille, je fais commencer le traitement consistant par le lait, le bouillon et les pilules d'opium; un lavement simple est administré la veille comme lavage du rectum; la région opératoire est d'avance rasée et savonnée.

Je n'ai pas l'intention de décrire l'opération de Whitehead, qui date de 1882, et dont on trouve la description partout. Chacun de nous apporte à toute opération de petites modifications personnelles dont l'ensemble ne m'empêche pas de reconnaître le titre de procédé; je me borne à l'énumération de ces petites modifications que j'ai longuement décrites dans un article de *La Presse Médicale* l'an dernier. Lorsqu'on a disséqué, jusqu'au bord inférieur du sphincter externe, la muqueuse anale avec les hémorroïdes y attachées, on peut décoller plus ou moins haut la muqueuse rectale en longeant la face interne des sphincters et réséquer des portions étendues de cette muqueuse rectale. Pour ma part, je réopère ces résections étendues qui ont été si je ne me trompe, recommandées par M. Piqué; c'est l'expérience seule qui apprend la hauteur de la muqueuse à réséquer, ni trop pour ne pas avoir, par suite d'une traction excessive, un échec de réunion; ni trop peu, pour que le sujet ne garde pas un peu du prolapsus ou de l'éversion pour lesquels vous l'avez opéré.

Comment faut-il faire cette résection? Il est bien entendu que nous opérons par moitié. Faut-il réséquer d'un seul coup, ou bien en plusieurs temps, suturant à mesure qu'on sectionne?

Avec la résection faite d'emblée, la coupe est incontestablement plus régulière, mais la muqueuse rectale remonte, et on a quelque peine à la rattraper. Le malade, comme je l'ai déjà dit, avale son rectum.

On a la ressource des pinces pour repérer et attirer en bas cette muqueuse. Mais je réprouve cette pratique, parce que je suis, par expérience et par des expériences

sur des animaux, que la forcipresse de la muqueuse intestinale attire les éléments très friables de cette muqueuse et contrarie une bonne réunion.

Fait-on la coupe en plusieurs temps? On se heurte à un autre inconvénient grave, c'est qu'on répartit mal ses points de suture. On sait, en effet, que, dans cette suture, il s'agit d'affronter une demi-circonférence cutanée à une demi-circonférence muqueuse de rayon plus étendu, on ne peut y arriver qu'à l'aide de fronces, tout comme les couturières qui adaptent une manche large à une enmanchure plus étroite; or, le talent opératoire consiste à répartir ses fronces également, pour qu'à la fin il ne vous reste pas une plicature de muqueuse.

On y arrive de plusieurs façons: en passant d'avance ses fils à travers le lambeau muqueux qu'on doit réserver un peu au-dessus de sa ligne de coupe; ou bien encore en les passant à la fois à travers le lambeau muqueux et la peau, ou, enfin, en revenant au procédé primitif de Whitehead, un peu modifié. Primitivement, Whitehead divisait le bourrelet hémorroïdaire en quatre segments, par des incisions verticales, et disséquait ensuite chacun d'eux isolément. Or, on peut disséquer la demi-circonférence, puis fendre le lambeau muqueux, au milieu et au fond de cette fente, attacher un point de suture. Tenue de la sorte en trois points, à ses extrémités et en son milieu, la muqueuse intestinale ne peut plus se rétracter d'une façon gênante, et, dans chaque quadrant, il est facile de répartir d'une façon régulière ses sutures et ses plissements.

J'ai toujours soin de ne commencer les sutures qu'après hémostase par ligature de tout vaisseau qui saigne en fait. J'ajoute, comme M. Reclus, qu'il m'arrive de faire des excisions partielles. On ne peut en juger qu'après la dilatation.

Comme pansement, je mets un petit tampon d'ouate iodofornée mouillée d'une feuille, au bord de l'orifice anal, afin qu'il exerce une légère compression de dedans en dehors sur la région opérée. S'il est trop gênant, je fais desserrer le pansement (large bandage en T en flanelle), au bout de cinq ou six heures, et le tampon est spontanément expulsé. Ce petit tampon d'ouate, qui pénètre à peine dans l'anus, est infiniment moins pénible qu'un tube en caoutchouc à demeure, fût-il entouré de gaze iodofornée.

Le pansement doit être fait tous les jours. Je me borne à assécher le pourtour de la ligne de suture avec un tampon exprimé, puis à appliquer un peu de gaze iodofornée et de la ouate. Au bout de huit à neuf ou dix jours, les fils de caoutchouc sont généralement résorbés, c'est même là un désavantage du caoutchouc pour les opérations anales, et il serait désirable évidemment d'avoir des fils se résorbant, mais de plus longue résistance à l'absorption.

Je maintiens la constipation par le régime une douzaine de jours. Après ce laps de temps, j'autorise une alimentation végétale et des fruits; il arrive souvent aussi que je ne suis pas obligé de recourir à un laxatif pour obtenir la première selle toujours un peu sensible. Les malades se lèvent du treizième au quatorzième jour et sont généralement guéris à cette période.

La plus longue durée de cicatrisation a été de vingt-trois à vingt-quatre jours, la plus courte de dix à douze jours, la moyenne de quinze à seize jours.

Dans presque toutes mes opérations, j'ai employé l'anesthésie générale: dans les cas où j'ai eu recours à la cocaïne, j'ai remarqué une moins grande facilité dans l'exécution de l'opération, le sphincter et le releveur continuant à se contracter. Une de ces observations est récente, puisqu'elle a trait à un étudiant en médecine qui refusa le chloroforme. Opéré le 6 Mai, ce malade a repris ses études et son stage hospitalier le 19, soit treize jours après son opération. Un malade de M. Girardeau, opéré le même jour, est sorti le 22 Mai, déjà guéri depuis trois jours.

J'ai pu suivre depuis sept ou huit ans mes opérés d'hémorroïdes de ville. La guérison s'est maintenue chez eux, et je n'ai noté qu'une seule fois le léger inconvénient d'un peu d'éversion de la muqueuse par suite d'une résection trop économique. Je pense qu'avec l'expérience que m'ont déjà donnée de très nombreuses observations, j'ai le droit de conclure à l'excellence de l'opération de Whitehead.

Que vaut comparativement l'opération que nous propose M. Monod?

M. Monod pratique une série de résections longitudinales de la muqueuse ano-rectale et obtient des plaies verticales qui suture transversalement. Est-il bien sûr d'avoir ainsi de bonnes réunions? A-t-il examiné ses malades au sixième jour, au moment où il les a purgés? Ses sutures au sixième jour sont-elles en état de supporter la contamination de selles diarrhéiques? Ou n'a-t-il pas des écartements qui se réunissent ensuite par deuxième intention sans trop d'inconvénient, puisque les plans n'intéressent pas la circonférence ano-rectale? Ce que je sais, c'est qu'au début, quand je faisais mal le Whitehead, il me restait des plis de muqueuse auxquels j'appliquais les sutures transversales de M. Monod. Ces plaies verticales ne m'ont pas semblé favorables à une cicatrisation rapide.

Je demande à M. Monod de nous donner à ce sujet des observations plus explicites, mais fussent-elles satisfaisantes, je pense que son procédé ne saurait se substituer au Whitehead et s'appliquer à la majorité des cas d'hémorroïdes internes justiciables d'intervention.

31 Mai 1899.

Du traitement de la tuberculose testiculaire.

M. P. Delbet. Dans le traitement de la tuberculose testiculaire, on peut, dans la majorité des cas, se contenter d'opérations partielles. J'ai souvent, au cours de mes opérations pour testicule tuberculeux, recouru à l'incision exploratrice du testicule. Je fends le testicule comme on fend le rein; s'il renferme des tubercules je l'enlève; sinon, je le suture et je laisse ainsi une quantité suffisante de parenchyme actif.

Si le testicule est sain, j'enlève l'épididyme et je laisse le testicule, ce qui ne change rien à l'état du malade. Les lésions de la prostate et des vésicules séminales ne sont pas une contre-indication aux opérations partielles.

Quant à ce qui est du traitement médical, je n'en ai jamais été satisfait; ce traitement m'a donné quelques améliorations, mais jamais de guérison complète. Aussi ma conclusion est que le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la résection précoce de l'épididyme tuberculeux.

M. Poirier. Dans les cas de lésions de l'épididyme, il m'est arrivé cinq fois d'extirper des foyers limités à la queue de l'épididyme; mais souvent il y a de petits foyers dans la tête; aussi je crois qu'il est préférable d'enlever l'épididyme en entier. Je fais volontiers la résection des vésicules séminales par une incision analogue à celle que l'on pratique pour la cure radicale de la hernie inguinale. On peut, par cette voie, en décollant le péritoine, arriver assez facilement sur les vésicules séminales, plus facilement que par la voie périméale.

M. Sieur. La castration n'offre pas toujours la valeur d'une opération radicale. Avec des opérations partielles sur l'épididyme, on obtient presque toujours des résultats très bons.

Néphrotomie pour aurie. — M. Nélaton lit un rapport sur une observation de néphrotomie pour aurie pratiquée par M. Legueu. Il s'agissait d'un malade à qui M. Nélaton avait, quelques jours auparavant, enlevé le rein droit qui était le siège d'une énorme hydropneumose.

Le neuvième jour après cette opération, le malade fut pris subitement de douleurs dans le flanc gauche, et d'aurie totale quarante-huit heures après le début des accidents. M. Legueu pratiqua une néphrotomie sur le rein restant. Dès le soir de l'opération, l'urine s'écoula par le drain laissé dans le bassin. Le sixième jour l'urine commença à couler par la vessie et le quatorzième jour la malade était guérie complètement, la fistule néale était obliterée.

M. Bazy. La néphrotomie est, en effet, le traitement de choix dans les cas de ce genre.

Tumeur indéterminée du pylore; symptômes de rétrécissement pylorique; gastro-entérostomie postérieure de von Hacker; guérison. — M. Demoulin lit une observation de gastro-entérostomie postérieure pratiquée avec plein succès sur un malade qui présentait une tumeur stomacale nettement perceptible à la palpation et chez lequel il était facile de constater des contractions péristaltiques dès qu'une gorgée de liquide arrivait dans l'estomac.

Après ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur du volume d'une orange occupant la région pylorique; sur l'estomac on voyait également une cicatrice étoilée; le foie paraissait sain.

La gastro-entérostomie trans-mésocolique fut pratiquée sans incident. Le malade guérit, reprit de l'appétit. Actuellement, six mois après l'opération, le malade, lieutenant de vaisseau, se livre à ses occupations habituelles. Il est impossible de sentir par la palpation la moindre tumeur abdominale.

Pneumotomie pour gangrène. — M. Tuffier présente un homme de soixante quatre ans auquel il a pratiqué, le 11 Juin 1897, une pneumotomie pour un foyer de gangrène pulmonaire. Le malade est actuellement dans un état florissant de santé.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. Potherat présente un couteau de 9 centimètres de lame qu'un jeune homme s'était enfoncé dans le flanc droit jusqu'à la garde. On se contenta de rentrer l'épingle sorti par la plaie et de suturer la petite plaie; le malade guérit sans incident.

Ostéome du brachial antérieur. — M. Monod présente une tumeur du brachial antérieur qui portait un malade qui avait reçu, six mois auparavant, un violent coup de pied de cheval dans le bras.

F. JAVLE.

FACULTÉ DE PARIS

Concours de l'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. L. Normand (74 points), — Duval (72 points), — Schwartz (70 points), — Iselin (67 points), — Fresson (65 points).

Cours d'histoire naturelle médicale. — Ce cours a lieu désormais au laboratoire de parasitologie de l'École pratique, les mardi, jeudi et samedi à 5 heures depuis le 8 Juin.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — 7 Juin. — MM. Macé, 14. — Wallich, 17. 9 Juin. — MM. Schwab, 17. — Paquy, 16.

NOUVELLES**Paris et Départements.**

Banquet en l'honneur de M. Emily, de la mission Marchand. — Hier soir, à 7 h. 1/2, sous la présidence de M. Brouardel, a eu lieu le banquet offert à M. Emily, sur l'initiative de M. Hallopeau, par un groupe d'admirateurs et d'amis appartenant au corps médical parisien. Un grand nombre de membres de l'Académie de médecine, de professeurs de la Faculté, et du Val-de-Grâce, de médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient tenu à se réunir pour offrir leurs félicitations à leur jeune collègue de la marine. MM. Brouardel, Gané, Pivard ont successivement exprimé les félicitations du corps médical. M. Laroche a fait ressortir l'abnégation des membres de la mission. M. Tissier, président de l'Association des étudiants, a salué ceux qui venaient de donner aux jeunes une si haute et si salutaire leçon d'héroïsme.

Aux toasts chaleureux et aux bans enthousiastes, M. Emily a répondu en ces termes: « S'il est une récompense qui m'est chère, c'est de voir avec quel sympathique bienveillance vous m'avez accueilli, vous, mes maîtres, dont les travaux m'ont toujours guidés, et à qui je dois rapporter le peu de bien que j'ai pu faire.

C'est à votre enseignement que les médecins de la marine doivent de porter aux quatre coins du monde les secours de l'art médical; instruits à vos paroles, ils sont les apôtres qui vont le semer au loin.

Je n'ai eu qu'à suivre leurs traces, qu'à m'inspirer de leur exemple. Au Congo, en Abyssinie, j'ai trouvé des camarades qui, par leur humanité, par leur savoir, avaient fait respecter et aimer le nom de la France. A Liard, gouverneur du haut Oubangui, ancien pharmacien de la marine, à Convalette, à Chabaux, médecins de la marine, en mission auprès de Ménélik, pour ne parler que de ceux avec lesquels j'ai pu être en contact, notre pays doit aussi des remerciements et des hommages. Ils ont fait œuvre de bons patriotes, en faisant œuvre de médecins.

Ce ne sont pas les seuls, du reste, car, sous la haute impulsion de M. l'inspecteur général Guédo, des missions parcourent le monde, accumulant les observations sociales et pathologiques qui, recueillies par vos mains, formeront un jour prochain une géographie médicale complète.

En portant la santé des maîtres illustres qui ont bien voulu détourner sur moi, leur disciple, une partie des hommages qu'ils adressaient à la mission Marchand, je leur demande la permission de lever à leur nom vert en l'honneur de ces camarades de la marine, connus ou inconnus, qui, en faisant simplement leur devoir, donnent à la France une petite part de cette gloire que vous voulez bien nous accorder.

Aux mérites de la marine,
Aux médecins de Paris,
Aux médecins de France!

Cours d'hygiène. — La leçon pratique du samedi 10 Juin sera faite à l'école municipale de désinfection de la rue des Recollets, à 4 heures.

Société médico-chirurgicale de Paris. — Séance du lundi 12 Juin 1899. — 1^o Lecture du procès-verbal et de la correspondance; 2^o Discussion sur les modes d'absorption et d'élimination du mercure par l'économie. — Orateurs inscrits: MM. BERTHOUD, VERRIER, DESROS, SEBILLOTTE, GILLET; 3^o M. DESROS: Sur un cas de résection de la prostate; 4^o M. GILLET: Brûlures produites par le suc d'al; 5^o M. BERTHOUD: Sanaatorium urbain pour phthisiques; 6^o M. LONGBOIS: Ordonnance magistrale, consultation écrite et rapport médico-légal de deux docteurs en médecine du commencement du XIX^e siècle.

Corps de santé militaire. — Sont promus au grade de médecin principal, les médecins-majors de 1^{re} classe Mercier, Villiers, Colonne, Billot.

Au grade de médecin-major de 1^{re} classe les médecins-majors de 2^e classe: Descosse, Manouel, Gaillard, Beau, Lejeune, Lebastard, Goumy, Guillemot, Beyrier, Duroux, Hurlé, Amat, Ferrand, Noël, Billot, Cardot.

Au grade de médecin-major de 2^e classe les médecins aide-majors de 1^{re} classe Baumeville, Fournial, Tardos, Montalis, Chanaud, Solmon, Hénauld, Vougre, Martin, Corilliot, Jancot, Tostivont, Sural, Jacquet, Percheux, Mourier, Pons, Vallet, De-corp., Sourier, Lefort, Marty, Masson, Parant, Boulet, de Bovis, Crepel.

Étranger.

— M. Welcome est nommé privat docent à la faculté de Bruxelles pour la pédiatrie, M. Philippen pour la pathologie, et Wybauw pour la pharmacologie.

— M. Kleinhaus est nommé privat docent à la Faculté de Prague, pour l'obstétrique et la gynécologie.

— M. Erwin Payr est nommé privat docent à la Faculté de Graz, pour la chirurgie.

— M. Ladislas Bylicki est nommé privat docent à la Faculté de Lemberg, pour l'obstétrique.

— On annonce la mort de M. Capdevilla y Ferrer, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Madrid.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
 au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
 Laxatif: 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules: 3 fr. — Ph^{ie} GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

THIOL "RIEDEL"
THIOL liquide **THIOL en poudre**
 pour badigeonnages pour pulvérisations

REMEDE SOUVERAIN
 pour le traitement des MALADIES DE LA PEAU et pour la GYNÉCOLOGIE

Très efficace dans toutes les dermatoses et dans les maladies des femmes: Endométrite, Paramétrite, Périmétrite, Exsudatine, Mammite, Ulcérations du col de la matrice, etc., etc.

Le THIOL **Le THIOL**
 est dépourvu de toute odeur. est très soluble dans l'eau.

DEPOT: MARTIN REINICKE, 39, rue St^e-Croix-de-la-Brettonnerie, Paris

OPOTHÉRAPIE

MÉDICATIONS:

HÉPATIQUE avec Extrait hépatique Moncour { Boîtes de 12 doses } 1 dose
 — de 6 doses } par jour.
 Suppositoires: 1 à 4 par jour.

OVARIIENNE avec Sphérulines de Poudre ovarienne Moncour { 1 à 3 } par jour.

SURRENALE avec Sphérulines de Poudre surrénale Moncour { 3 à 6 } par jour.

THYROÏDIENNE avec { Sphérulines thyroïdiennes Moncour: Pour Adultes: 1 à 6 par jour.
 Bonbons thyroïdiens Moncour: Pour Enfants: 1 à 4 par jour.

Tous Produits organothérapeutiques.

Sphérulines cholagogues Moncour à l'Extrait de Bile: 2 à 6 par jour.

NOTA: Toutes ces Préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris.
 Préparations de A. MONCOUR, 49, Avenue Victor Hugo, BOULOGNE-PARIS.

OPOTHÉRAPIE

COQUELUCHE, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES, ASTHME, INSOMNIE

NARCEINE PURE DE GIGON (BROMHYDRATE)

SIROP de GIGON dose à 3 centigr. par cuillerée à bouche. | **GRANULES de GIGON** doses à 1, 205 milligrammes.
 Dose: Adultes 2 à 3 cuillerées à bouche. Enfants 4 à 5 cuillerées à café. | Dose: 8 à 10 granules par jour pour grandes personnes, 4 à 5 pour enfants.

La Narceïne, ainsi que l'ont démontré Claude Bernard, Béchier, Haboussin et autres célébrités médicales, possède des propriétés calmantes, analogues à celles de la morphine et de la codéine, de plus elle est mieux supportée, surtout chez les enfants et les personnes très impressionnables à l'action de l'opium, elle ne produit ni pesanteur de tête, ni nausées, ni malaises.

Pharmacie GIGON, (ci-devant 25, Rue Coquillière) 7, Rue Coq-Héron, PARIS.

F^{me} de FAUTEUILS et VOITURES mécaniques pour MALADES et BLESSÉS
 CANAPÉS-LITS, FAUTEUILS ET TABLES à SPÉCULUM

Catalogue franco sur demande

ELIERS

9, rue Cujas, PARIS (PRÈS LA SORBONNE)



Table portative de F. Doléris de D. Auvard Table assempage de F. Pazzi Table à spéculum de D. Schléau Fauteuil spéculum de D. Bureau Fauteuil Voltaire articulé

TUMEURS — CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHLIN**

Observations cliniques par les D^{rs} Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Bouilly Fauquez, Rizat, Ferrussol, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

ANALGÉSISQUE LOCAL

Toxicité nulle — Effets durables — Action cicatrisante

ORTHOFORME "CREIL"

NOMS ET MARQUES DÉPOSÉS

Effet analgésique prolongé (6 à 24 heures) et inoffensif
 DANS TOUS LES CAS DE

<p>PLAIES DOULOUREUSES Carcinome du Sein, — Crevasses du Mamelon, Hémorroïdes, — Cancer du Rectum, Ulcérations vésicales, Ulcérations laryngées et pharyngées tuberculeuses ou spécifiques, Ulcère rond, — Carcinome de l'Estomac,</p>		<p>Brûlures profondes ou superficielles, Fissures linguales, Aphtes, — Herpès, — Zona, Carie dentaire, Prurit vulvaire, Pansement des Vésicatoires et des Cautérisations, etc., etc.</p>
--	---	---

USAGE EXTERNE: Poudre, Solution alcoolique saturée, Pommade (10 à 20 %).
USAGE INTERNE: Un gramme répété trois fois par jour.

VENTE EN GROS:
COMPAGNIE PARISIENNE de COULEURS d'ANILINE, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris.
 Se trouve chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Anversvilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

- LES OSTÉOMES MUSCULAIRES, par M. REYNIER (avec 2 figures en noir) 285
- SYNDROME GOÏTRE EXOPHTALMIQUE SURVENU CHEZ UN GOÏTREUX; GUÉRISON PAR L'ÉLECTRICITÉ, par MM. VESLIN et LEROY. 287

CHIRURGIE PRATIQUE

- Ponction de la vessie, par M. P. DESFOSSÉS (avec 3 figures en noir) 289

ANALYSES

- Pathologie générale :** La coloration des globules rouges du sang des enfants par le bleu de méthylène; sa valeur clinique, par M. ANTONIO IOVANE. 290
- Bactériologie :** Influence du glucose dans les milieux nutritifs sur la vitalité des bactéries, par M. F. HELLSTRÖM. 290
- Médecine expérimentale :** Influence des lavements alimentaires sur la sécrétion du suc gastrique, par M. J. ZIARRO. — L'action des protéines bactériennes et des douze albumoses dans la lépre, par M. Ed. SOONITZ. — Sur la nature de la sécrétion interne du pancréas, par M. R. LÉVINE. — Le moustique et le parasite de la malaria, par M. E. LAWRIE. 290
- Médecine :** De la fièvre malarique (fièvre bilieuse hématurique), par M. ROBERT KOCH. — Du séro-diagnostic dans les affections gastro-intestinales d'origine alimentaire, par M. J. de NOBILI. — Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles (angine de Vincent), par M. Ch. NICOLLE. 290
- Obstétrique et gynécologie :** De la dystocie liée aux parties molles des bassins généralement rétrécis, par M. HEGÉ. 291
- Ophthalmologie :** La voie réflexe de la réaction pupillaire d'après des recherches anatomiques sur des cerveaux d'embryons humains et des expériences sur des singes, par M. St. BERNHEIMER. 291
- Dermatologie et syphiligraphie :** Un cas de syphilis grave avec pyrexie prolongée, par M. J. MATHIEN. — Le danger social de la syphilis, par M. POLSCH. 292
- Maladies des voies urinaires :** Bactériologie de l'urètre sain chez la femme, par MM. F. SCHENK et L. AUGSTELTZ. — Sur un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme, par M. H. FLOUQUET. 292
- Electrothérapie :** De l'electrolyse interstitielle cuprique dans l'ozone, par MM. A. GOUZENHEIM et E. LOMBARD. — Traitement de la constipation habituelle par la franklinisation localisée, par MM. E. DOUTIER et MURCIS. 292

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

- Académie de médecine :** Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire, MM. ROBIN et BISSER. — Les différences entre les tracés obtenus avec les divers sphéromètres, M. HUGHARD. M. MARBY. — Traitement des plaies pénétrantes de poitrine, M. DELORME. M. LUCAS-CHAMPAGNONNIÈRE. DELORME, LUCAS-CHAMPAGNONNIÈRE. 294
- Société de biologie :** Troubles mentaux d'origine toxico-infectieuse accompagnés de lésions cellulaires de l'écorce cérébrale, M. MATRICE FAURE. — Des inoculations intraspinales, intra-hépatiques et intra-ossueuses, MM. VIDAL

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON
POUGUES TONI-DIGESTIVE

VII^e ANNÉE. T. I. — N° 47, 14 Juin 1899.

et LÉNER. — Cirrhose hypertrophique biliaire et abcès aréolaires du foie dus à l'entérocoque, M. P. LEBREUILLET. — Les tensions des liquides ascitiques, MM. A. GILBERT et E. WEIL. — Sur la toxicité du métavanadate de soude, MM. HALLON et LABAN. — Influence de la térentine sur l'évolution de la tuberculose, M. RICHTER. — Influence de l'âge et du sexe sur l'odont, MM. TOULOUSSE et VASCHIDE. — Sur un bacille des voies respiratoires, M^{lle} ELMASSIAN. — Sur la sécrétion continue du suc gastrique, M. FROGIN. — Structure du cartilage, M. RUTTERER. — Extraction de l'amylase, M. IVON. — Réaction réflexe chez l'escargot, M^{lle} POMILLIAN. 294

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 295

Voir les Nouvelles à la dernière page.

VARIÉTÉS

La simulation des maladies chez les déportés.
 — L'ingéniosité des simulateurs pour tromper le diagnostic médical est, paraît-il, portée à un haut degré chez les condamnés aux travaux forcés. M. Escande de Menières, qui a fait un séjour prolongé à l'île Nou, principal centre pénitentiaire de la Nouvelle-Calédonie, en rapporte des exemples intéressants dans le numéro de Juin des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*. Pour simuler la bronchite un ingénieur moyen consiste à avaler un petit morceau de liège suspendu à un bout de fil, dont l'autre extrémité est fixée à une dent. Le morceau de liège, auquel le porteur imprime, au moment voulu, un léger mouvement de va-et-vient, imiterait assez exactement les sifflements et les râles de bronchite. Le polype du nez est constitué par l'introduction d'un testicule de lapin dans les fosses nasales.
 Comme les médecins de Nouvelle-Calédonie s'occupaient beaucoup à un moment donné de la recherche des cas de lépre, certains condamnés eurent l'idée d'appliquer sur les téguments des feuilles de papayer, qui produisaient des laches érythémateuses simulant les laches de la lépre. Un léger piquet fait à la périphérie avec une aiguille complétait l'illusion. Portée à ce degré, la simulation ne doit pas être à la portée de tous; elle exige le sens de l'actualité et le don d'observation portés à un haut degré. Elle devient un art véritable.
 D.

CROSNIER SIROP MINÉRAL SULFUREUX
Succédané des Eaux Sulfureuses.

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

SAINT-GALMIER BADOIT

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE, à l'usage des candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, par MM. A. HALLER, correspondant de l'Institut, Directeur de l'Institut chimique de l'Université de Nancy, et P. TH. MELLER, maître de Conférences à la Faculté des sciences de Nancy. *Tome I^{er} : Chimie minérale.* Prix : cartonné 6 francs. *Tome II : Chimie organique.* Prix : cartonné 4 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 21 Juin 1899, à 1 heure. — M. BELLOY : Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la symphyséctomie; MM. Mathias-Duval, Pinard, Lepage, Leguen. — M. HÉLON : Contribution à l'étude du diagnostic de l'hépatotoxémie gravidique; MM. Pinard, Mathias-Duval, Lepage, Leguen. — M. SCHIAUD : Essai sur le traitement du pneumothorax, et, en particulier, du pneumo-thorax suffocant; MM. Potain, Landouzy, Wurtz, Thoinot. — M. CAVRINCHI : Du paludisme en Corse (essai médico-social); MM. Landouzy, Potain, Wurtz, Thoinot. — M. THOMAS : Contribution à l'étude des uréthrites par le protargol et l'acide picrique; M. Fournier, Gilles de la Tourette, Roger. — M. ADAM DE BEAUMAIS : Paralysie radiale d'origine alcoolique; MM. Joffroy, Fournier, Gilles de la Tourette, Roger. — M. MOUREYRE : Des manifestations nerveuses de la scarlatine. Psychoses intra et post-scarlatineuses; MM. Joffroy, Fournier, Gilles de la Tourette, Roger. — M. AMOUCOUX : Essai sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Friedreich; MM. Joffroy, Fournier, Gilles de la Tourette, Wurtz. — M. DEHAMEL : Contribution à l'étude des luxations sus-acromiales de la clavicle; MM. Tillaux, Blum, Reclus, Poirier. — M. GAUMERIS : Tic douloureux de la face. Son origine dentaire; MM. Tillaux, Blum, Reclus, Poirier. — M. VOLLEMIN : Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse utérinale chez la femme; MM. Tillaux, Blum, Reclus, Poirier. — M. PECK : Etude des complications de l'ozone; MM. Tillaux, Blum, Reclus, Poirier. — M. CARBONNELL : Les indications de l'astragaléctomie dans les luxations irréductibles de l'astragale; M. Tillaux, Blum, Reclus, Poirier.

Jeu 22 Juin 1899, à 1 heure. — M. MAINGENT : Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne; MM. Le Dentu, Berger, Richelot, Thiéry. — M. H. ABRANT : Etude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie et à l'œophorohystérectomie; MM. Le Dentu, Berger, Richelot, Thiéry. — M. FELIX : Contribution à l'étude des appareils ambulatoires; MM. Le Dentu, Berger, Riche et Thiéry. — M. HIPPÉ : Sclérose utérine et métrite chronique; MM. Berger, Le Dentu, Richelot, Thiéry. — M. ARMANDIN : Contribution à l'étude de l'acroparesthésie fourmillement des doigts; MM. Raymond, Hutinel, Charrin, Marfan. — M. MARTIN : Contribution à l'étude des anévrismes catameniales; MM. Hutinel, Raymond, Charrin, Marfan. — M. JULY : De la sérothérapie antitétanique et, en particulier, de la sérothérapie préventive; MM. Hutinel, Raymond, Charrin, Marfan.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 Juin 1899, — 5^e (1^{re} partie, Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque; MM. Pinard, Varnier, Lepage. — Médecine opératoire, Ecole pratique; MM. Delens, Tillaux, Lejars. — 2^e Oral (Première partie); MM. Mathias-Duval, Blanchard, Retterer. — 3^e, Oral (Première partie); MM. Blum, Reclus, Wallich. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu; MM. Lannelongue, Mauclair, Leguen. — 5^e (Première partie), Chirurgie (3^e série), Hôtel-Dieu; MM. Humbert,

CARABANA PURGE GUÉRIT

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGEÉFIÈLES
 SPÉCIFIQUE de la **CONSTIPATION CHRONIQUE**

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovariennne, Surrénale, Thyroïdienne **MONCOURN**

Broca (Ang.), Sebileau. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Dupré, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker : MM. Poirier, Delbet, Walthier. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Potain, Fournier, Lancereaux.

Mardi 20 Juin 1899. — 1^{er} : MM. Farabeuf, Retterer, Thiéry. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie. Salle de Matière médicale : MM. Proust, Thoinot, Vaquez. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Guyon, Quenu, Albarran. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Panas, Le Dentu, Faure. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccouli, Chauteemesse, Menétrier. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Troisier, Charrin. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix. — 5^e (Première partie) Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Richelot, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 21 Juin 1899. — Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Terrier, Varnier, Walthier. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Lannelongue, Delbet, Wallich. — 3^e Oral (Deuxième partie) : MM. Blanchard, Gaucher, Vidal. — 2^e Chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Desgrez, Sebileau. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Pitié : MM. Humbert, Lejars, Mauclair. — 5^e (Deuxième partie), Pitié : MM. Lancereaux, Dupré, Méry.

Jeudi 22 Juin 1899. — 1^{er} : MM. Farabeuf, Rémy, Langlois. — 3^e Oral (Première partie) (1^{re} série) : MM. Guyon, Poirier, Bonnaire. — 3^e Oral (Première partie) (2^e série) : MM. Panas, Budin, Albarran. — 3^e Oral (Deuxième partie) : MM. Grancher, Debove, Achard. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie. Salle de Matière médicale : MM. Proust, Thoinot, André. — 2^e, Chirurgien-dentiste : MM. Chanteemesse, Quenu, Desgrez.

Vendredi 23 Juin 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 2^e, Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sebileau, Gilles de la Tourette. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Lejars, Humbert. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Legueu. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Vidal, Launois. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Delens, Broca (Ang.), Mauclair. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Recrus, Rémy, Walthier. — 5^e (Deuxième partie) : MM. Grancher, Lancereaux, Dupré.

Samedi 24 Juin 1899. — 1^{er} : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Gley. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Hutinel, Thiroloix, Launois. — 2^e, Chirurgien-dentiste : MM. Quenu, Hanriot, Menétrier. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié : MM. Berger, Poirier, Faure. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Pitié : MM. Cornil, Richelot, Thiéry. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Rémy, Albarran. — 3^e (Deuxième partie), Charité : MM. Dieulafoy, Troisier, Roger. — 5^e (Première partie) : Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

13 Juin 1899.

Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire. — MM. Robin et Binet ont étudié l'action des composés arsénicaux, l'arséniate de soude sur le chimisme de 5 malades atteints de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose ganglionnaire.

Chez tous les malades, sans exception, la quantité d'acide carbonique exhalé par kilogramme-minute s'est abaissée. Chez tous, la quantité d'oxygène consommé par kilogramme-minute a subi une diminution.

L'oxygène absorbé par les tissus s'est abaissé dans quatre cas et s'est élevé dans un seul.

La ventilation pulmonaire s'est abaissée plus ou moins dans tous les cas.

Il résulte de ces faits que l'arséniate de soude, administré par la bouche à la dose faible de 5 milligrammes par jour, et l'acide arsénieux, administré par voie rectale à la dose journalière de 4 milligrammes, agissent toujours comme modérateurs des échanges respiratoires.

Dans deux cas où la dose d'arséniate de soude avait été portée à 1 centigramme par jour, une excitation du chimisme respiratoire a été obtenue.

Les différences entre les tracés obtenus avec les divers sphymographes. — M. Huchard. Les tracés sphymographiques obtenus chez le même malade avec l'appareil de Dudgeon et avec l'appareil de Marey sont souvent absolument différents.

L'appareil de Dudgeon donne souvent des courbes trop aiguës, avec un crochet faisant croire à une insuffisance aortique qui n'existe pas.

Lorsqu'on se sert, chez les malades, d'un appareil sphymographique, il faut donc toujours faire mention de celui qu'on a employé.

M. Marey. Il y a longtemps que je connais l'appareil de Dudgeon ainsi que certains autres appareils sphymographiques qui donnent des résultats défectueux. Une commission composée de plusieurs médecins et physiologistes doit se réunir pour étudier les résultats fournis par les divers appareils enregistreurs.

C'est un tort que de chercher une amplitude trop grande dans les tracés sphymographiques, car on augmente ainsi les erreurs.

Traitement des plaies pénétrantes de poitrine. — M. Delorme. Dans la séance du 16 Mai, M. Lucas-

Championnière a montré le danger des explorations intempêtes dans les plaies de poitrine par balle de revolver ou par instrument piquant. Je suis absolument de son avis.

Il est, en effet, remarquable de voir avec quelle facilité les projectiles sont tolérés par les tissus dans lesquels ils ont pénétré. L'infection est rare.

L'hémorragie s'arrête le plus souvent d'elle-même sous l'influence de l'immobilisation. C'est seulement dans les cas où elle présente une gravité exceptionnelle que le chirurgien a le droit de se départir de sa conduite habituelle et de ne pas se fier à l'immobilisation seule du thorax. On est alors en droit de recourir à une intervention directe et active par la ligature, la suture et la compression de la plaie et des vaisseaux.

Lorsque l'hémorragie s'accompagne d'un pneumothorax étendu, c'est encore à la compression directe et à l'occlusion qu'il faut recourir.

M. Lucas-Championnière. Je ne suis pas de l'avis de M. Delorme sur la conduite à tenir dans les cas d'hémorragie foudroyante immédiate ; dans ces cas même, l'immobilisation absolue peut, ainsi que je l'ai vu, amener la guérison, tandis que dans les deux cas relatés par M. Delorme, la mort du malade est survenue en un quart d'heure ou en quelques heures.

L'intervention est possible dans les petites plaies de poitrine, saignant à l'extérieur, même dans certaines plaies du poulmon, mais elle est impossible et fort dangereuse dans les plaies étendues du poulmon où elle peut amener la mort du malade. L'intervention ne peut ici que diminuer les chances d'arrêt de l'hémorragie.

M. Delorme. Je crois que M. Lucas-Championnière exagère un peu l'importance du traumatisme opératoire préalable, nécessaire pour atteindre une plaie du poulmon. Il ne doit pas empêcher l'intervention directe sur le poulmon.

D'autre part, l'immobilisation n'est pas toujours suffisante pour arrêter l'hémorragie, ainsi que je l'ai constaté dans un cas.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas dit qu'on ne doit pas mourir d'une plaie de poitrine traitée par l'immobilisation, je crois seulement qu'on mourra moins ainsi qu'avec l'intervention opératoire.

M. LAMÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

3 Juin 1899 (suite).

Troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse accompagnés de lésions cellulaires de l'écorce cérébrale. — M. Maurice Faure. J'ai observé, dans le service de M. le professeur Landouzy, deux cas de lésions cellulaires cérébrales d'origine toxi-infectieuse, développées chez des malades atteints de troubles mentaux.

Il s'agit de deux femmes adultes, l'une atteinte de tuberculose pulmonaire, avec dissémination dans d'autres viscères, accompagnée d'une dégénérescence fibro-graisseuse très accentuée du foie ; l'autre, atteinte de cancer de l'utérus ayant amené la compression des urèteres et un état de cachexie grave, accompagné d'attaques épileptiques.

Chez ces deux femmes, j'ai vu s'accroître progressivement un état mental caractérisé par l'affaiblissement de la mémoire, de l'association des idées, de la volonté, et par l'incohérence des opérations mentales qui ne s'accomplissaient plus suivant les règles habituelles. Cet état m'a paru correspondre à celui que les aliénistes dénomment confusion mentale. Je pense que, étant donné la coexistence, chez ces deux malades, d'une infection à marche subaiguë (tuberculose ou cancer) et d'une lésion des organes de dépurcation (le foie ou le rein) accompagnée des signes de l'insuffisance hépatique chez l'une, et de l'insuffisance rénale chez l'autre, l'on est autorisé à supposer que les symptômes mentaux furent, chez toutes les deux, le résultat de la perturbation apportée dans le fonctionnement de l'écorce cérébrale par la présence des poisons intérieurs. Cette hypothèse est confirmée, d'abord par ceci, que la présence d'infections ou d'intoxications est, d'une manière générale, très fréquente chez les malades présentant le même syndrome mental, et, en second lieu, par cette remarque que l'une de nos femmes avait des attaques épileptiques justiciables de la même explication, c'est-à-dire imputables à l'action des poisons urémiques convulsivants sur l'écorce cérébrale.

Il était donc indiqué de rechercher, dans ce que nous supposons être l'organe des processus mentaux, les traces de l'action des poisons qui les avaient troublés. J'ai donc examiné les cerveaux de ces malades. Microscopiquement et microscopiquement, ils ne présentaient rien de remarquable, si ce n'est une lésion nette, siégeant dans les cellules de l'écorce. Je prends comme type la grande cellule pyramidale, examinée par la méthode de Nissl. Elle a perdu sa forme habituelle, elle est devenue globuleuse, arrondie, comme gonflée ; le noyau, au lieu d'être au centre, occupe la périphérie de l'élément, parfois même fait hernie au dehors, la substance chromatophile a en grande partie disparu.

Ces lésions sont exactement semblables à celles que mon maître M. G. Ballet et moi-même avons décrites antérieurement à propos de deux malades ayant présenté

le syndrome dénommé psychose polynévritique. Nous avions fait remarquer, à ce moment, que ce nom de psychose polynévritique ne désignait quelquefois pas autre chose que le syndrome confusion mentale accompagné de polynévrite.

Cette association n'est pas très rare, et peut s'expliquer aisément, puisque la polynévrite se développe sous l'action des mêmes poisons que les troubles mentaux dont nous venons de parler.

Par suite, l'examen de ces quatre cas concourt à nous démontrer que, lorsqu'un milieu intérieur toxique agit sur le fonctionnement des cellules cérébrales de manière à déterminer l'apparition du syndrome confusion mentale, il détermine aussi des modifications visibles dans la structure de la cellule et dans ses réactions colorantes. On peut poser, dès lors, cette question : ces symptômes mentaux et ces lésions cérébrales sont-ils liés par un rapport nécessaire, de telle sorte que l'on puisse conclure, dans tous les cas, de la présence des uns à la présence des autres ?

Nous ne pouvons affirmer qu'il en soit ainsi. En effet, entre les troubles mentaux légers et transitoires, apparus au cours d'une infection ou d'une intoxication, et un syndrome accentué et prolongé de confusion mentale, tous les intermédiaires peuvent exister, et, par conséquent, tous les intermédiaires entre une cellule cérébrale saine et une cellule grossièrement altérée. Nous ne savons donc point encore à quel moment les lésions deviendront appréciables.

Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que les lésions que nous avons décrites, n'ont point la physiologie des lésions banales telles qu'en peuvent provoquer, à elles seules, l'hyperthermie, l'agonie, la décomposition cadavérique, etc. Ce sont des lésions éveillées, fines, frappant l'élément noble du tissu, l'altérant progressivement, et que nous n'avons encore observées que dans les quatre cas dont nous avons parlé, bien que nous les ayons systématiquement recherchées dans une soixantaine de cerveaux provenant de malades divers.

Ces lésions de la cellule cérébrale sont-elles secondaires à des lésions toxiques de leur prolongement cylindrique, c'est-à-dire des fibres blanches des faisceaux de projection ou d'association ? Sont-elles, au contraire, primitives, c'est-à-dire indépendantes de toute lésion antérieure des fibres blanches ou d'autres tissus nerveux ? C'est une question que nous avons déjà examinée dans des publications antérieures, et sur laquelle nous reviendrons dans une prochaine étude.

10 Juin 1899.

Des inoculations intra-spléniques, intra-hépatiques et intra-osseuses. — MM. Vidal et Lesné. Des recherches, poursuivies depuis plusieurs mois, nous ont montré que l'on peut injecter des liquides dans le foie ou dans la rate du lapin, aussi facilement que dans sa substance cérébrale. Après laparotomie antiseptique, on saisit et on immobilise avec la main l'un des deux organes, que l'on peut ainsi injecter avec la plus grande commodité.

Dans une rate du poids de 80 centigrammes, on peut pousser facilement 1/2 centimètre cube de bouillon peptone, pourvu que l'opération soit faite avec lenteur. A mesure que le liquide pénètre dans le parenchyme, on voit se former une boule d'oséme qui soulève la périphérie de l'organe. On ferme la paroi abdominale, et si le liquide injecté n'est ni irritant, ni toxique, tel du bouillon peptone stérile, l'animal n'éprouve aucun dommage de l'opération. L'injection de substances thérapeutiques faite à travers la paroi thoracique en plein parenchyme hépatique ou splénique trouvera peut-être un jour son application chez l'homme.

Dans la cavité des os longs du lapin, on peut également injecter des doses relativement énormes de liquides, en usant d'un procédé à peu près analogue à celui employé par M. Josué. Avec le foret à petite mèche de MM. Roux et Borel, nous avons pratiqué sur la diaphyse dénudée du tibia des lapins, un orifice punctiforme, juste suffisant pour laisser passer à frottement une aiguille aussi fine que possible. L'aiguille obturant ainsi complètement l'orifice, on arrive à faire pénétrer facilement dans la cavité osseuse 1/2 centimètre cube de sérum sanguin ou de bouillon peptone. Si l'on y met le temps, on parvient à faire pénétrer 1 et 2 centimètres cubes. Si l'on se contente d'injecter 1/2 centimètre cube de sérum stérile, on ne constate pas dans le sang la présence de cellules médullaires, qui peuvent apparaître, au contraire, si l'on injecte des doses considérables, comme il nous est arrivé de l'observer quelques heures après l'injection de 5 centimètres cubes de sérum dans la cavité du tibia, dose d'ailleurs très bien supportée par l'animal.

Ce procédé d'inoculations massives dans les cavités osseuses est à conseiller à ceux qui voudraient dans un but expérimental réaliser la migration des cellules médullaires dans la circulation sanguine.

Une toxine diphtérique tue le cobaye après inoculation intra-hépatique à la même dose qu'après l'inoculation sous-cutanée ; dans quelques cas la mort est retardée de vingt-quatre heures. On obtient les mêmes résultats par l'inoculation intra-hépatique ou intra-splénique chez le lapin.

Par inoculation de bacilles charbonneux dans le foie et la rate des lapins, nous avons tué aux mêmes doses et dans le même temps que par inoculation sous-cutanée.

Le lapin est plus sensible à l'inoculation intra-osseuse de cultures de bacilles typhiques ou de staphylocoques qu'à l'inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse.

L'introduction de sérum antityphérique dans le foie et la rate du lapin, ou dans le foie du cobaye, n'a pas d'action antitoxique plus marquée qu'après inoculation sous-cutanée.

Une propriété acquise par les humeurs au cours de l'infection, telle que la propriété agglutinative, n'apparaît pas plus tôt ni avec plus d'intensité, après injection directe des microbes dans la rate, dans le foie ou dans la moelle osseuse qu'après inoculation sous-cutanée.

Cirrhose hypertrophique biliaire et abcès aréolaires du foie dus à l'entérocoque. — M. P. Leberoullet. L'observation suivante vient à l'appui de la conception d'après laquelle l'origine de la cirrhose hypertrophique biliaire doit être cherchée dans une angiocholite infectieuse. Cliniquement, il s'agit d'un homme âgé de trente-sept ans, atteint depuis dix mois d'ictère chronique à poussées successives avec hypertrophie hépatique progressive; à son entrée, je constate un foie énorme, une grosse rate, pas d'ascite ni de circulation collatérale; l'ictère est très foncé, les urines sont fortement icteriques et il existe de la coloration des matières. Mort subite deux jours après. À l'autopsie, on trouve un foie énorme pesant plus de 3 kilogrammes, avec une vésicule biliaire distendue, mais sans obstruction apparente des grosses voies biliaires; les ganglions de la hile et la rate sont très tuméfiés. À la coupe, j'ai constaté de nombreux abcès, pour la plupart très petits, quelques-uns assez gros et nettement aréolaires. Histologiquement, il s'agit d'abcès angiocholitiques et périangiocholitiques; mais, en outre, il existe une cirrhose hypertrophique biliaire au début, caractérisée par des bandes scléreuses porto-biliaires avec prédominance autour des canaux biliaires; tout l'épithélium est, par places, desquamé et la lumière oblitérée par des néoépithéliums assez nombreux avec cellules hépatiques ne présentant pas traces de dégénérescence. L'examen bactériologique du pus épais et crémeux des abcès a révélé sur frottis, après cultures, et dans les coupes, la présence d'un diplocoque prenant le Gram, très voisin du pneumocoque, tuant la souris en vingt-quatre heures, gardant longtemps sa virulence dans les cultures, et qui, d'abord rapproché du pneumocoque, a été identifié par M. Thiercelin à l'entérocoque qu'il a récemment isolé de l'intestin. Donc, il s'agit d'un cas d'infection ascendante des voies biliaires due à ce microbe, amenant une angiocholite à évolution d'abord lente; peu à peu se développent les lésions de la cirrhose hypertrophique biliaire, en même temps que s'observent les symptômes cliniques; puis l'infection devient suppurative et la mort survient avant que la sclérose ait acquis tout son développement.

Les tensions des liquides ascitiques. — MM. A. Gilbert et E. Weil. L'exhalation des liquides ascitiques dans les cirrhoses biliaires et les asystolies hépatiques, relève surtout de l'augmentation de tension dans la veine porte. Au cours de multiples ponctions dans deux cas de cirrhose atrophique de Laennec et trois cas d'ascites cardiaques, nous avons pu mesurer ces tensions.

Après avoir fait la ponction au siège habituel, il faut, par la percussion, mesurer soigneusement le niveau de la couche ascitique et voir à quelle hauteur au-dessus d'elle s'élève le liquide, dans un tube de verre relié au trocart par un caoutchouc. Pour obtenir les chiffres exacts et comparables entre eux, des corrections de température et de densité sont encore nécessaires.

Les chiffres, dans deux cas de cirrhose, ont été pour l'un 27 cent. 5; pour l'autre, aux diverses ponctions, de 20, 26, 30, 31, 31 cent. 5, 35 centimètres. Ces tensions semblent étroites pendant l'évolution de l'affection chez le même malade. Dans les cas d'ascites cardiaques, les pressions se trouvent être de 26 et 28 centimètres dans un cas, de 22 centimètres dans le second, de 23, 19 et 18 centimètres dans le troisième cas. Ces chiffres sont assez rapprochés les uns des autres. Quand on a mesuré la tension après chaque litre tiré, on voit qu'elle baisse souvent très rapidement après un ou deux litres, pour ne diminuer ensuite que lentement.

Pendant la respiration, les hauteurs changent de 1 cent. 5 à 2 centimètres, s'élevant dans l'expiration, baissant dans l'inspiration. Par la toux, le liquide monte dans le tube à plus de 1 mètre.

Si l'on ne peut déterminer par la mesure de ces tensions ascitiques la pression réelle du sang portal, on peut comparer ces chiffres à ceux que les physiologistes donnent pour cette veine chez les animaux à l'état normal. La pression y varie de 9 cent. 5 à 32 cent. 6 d'eau. Nous voyons ainsi que dans les ascites dues à la gêne circulatoire portale, la pression de la cavité péritonéale peut atteindre et même dépasser les plus fortes pressions observées normalement dans la veine porte.

Sur la toxicité du métavanadate de soude. — MM. Hallion et Laran. Le métavanadate de soude a des effets physiologiques semblables à ceux que produit l'acide vanadique, avec cette différence que ce dernier présente à doses égales une activité et, parlant, une toxicité plus grandes. Les métavanadates de soude du commerce sont généralement des produits impurs, moins actifs que le métavanadate de soude pur. Nos expériences sur des chiens nous conduisent à admettre,

pour le métavanadate de soude pur, une toxicité très supérieure à celle qu'ont indiquée MM. Lyonnet, Martz et Martin.

Influence de la térébenthine sur l'évolution de la tuberculose. — M. Richet. Dans les nombreuses expériences que je viens d'entreprendre sur l'évolution de la tuberculose chez des chiens soumis au traitement térébenthiné, soit par inhalations ou inoculations sous-cutanées, j'ai pu me convaincre des effets salutaires de cette médication. Les chiens ainsi traités ont présenté une survie très notable, quelques-uns de plusieurs mois, sur les animaux témoins.

Influence de l'âge et du sexe sur l'odorat. — MM. Toulouse et Vaschide. De nos expériences sur la mensuration de l'odorat chez l'homme, nous pouvons conclure que la sensibilité olfactive brute se développe jusqu'à l'âge de six ans, puis diminue progressivement, et que la femme a un sens olfactif plus développé que celui de l'homme.

Sur un bacille des voies respiratoires. — M^{lle} Elmassian. Au cours de recherches bactériologiques entreprises sur la coqueluche, j'ai isolé 8 fois sur 32 cas un bacille fin présentant avec le bacille de l'influenza de Pfeiffer d'assez grandes analogies. Après ensemencements sur divers milieux, et après de nouvelles recherches positives chez des tuberculeux ou des bronchopneumoniques, je pense que le bacille de l'influenza ne constitue qu'une variété d'une espèce fréquente sur la muqueuse des voies respiratoires humaines.

Sur la sécrétion continue du suc gastrique. — M. Frouin. J'ai saigné l'estomac chez deux chiens, et après les avoir soumis à un jeûne prolongé de trente-deux heures, j'ai pu constater une sécrétion continue du suc gastrique en dehors de tout phénomène réflexe et de toute excitation alimentaire.

Le liquide sécrété à l'état de jeûne est sensiblement neutre; additionné de HCl, il digère l'albumine. Le chlore total est chez un même animal au même taux que dans le suc gastrique sécrété en temps ordinaire. Le liquide sécrété à l'état de jeûne se rapproche de celui que l'on peut extraire quelquefois le matin à jeun chez l'homme.

Structure du cartilage. — M. Retterer expose le résumé de ses recherches sur l'histologie du cartilage chez les mammifères et l'absence de canalicules au niveau de ce tissu.

Extraction de l'amylose. — M. Yvon présente une série d'expériences sur un nouveau procédé qui permet d'obtenir une amylose plus active que par les procédés anciennement connus.

Réaction réflexe chez l'escargot. — M^{lle} Pompilian a étudié chez l'escargot le temps des réactions réflexes musculaires. Les muscles postérieurs réagissent moins activement que les muscles des pédoncules oculaires.

A. SICARD.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — 12 Juin. — MM. Schwab, 16. — Brindeau, 18. — Macé, 15.

Prochaine séance, mercredi 14 Juin, à 5 heures à l'hôpital Beaujon.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1899-1900. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1899-1900, savoir :

Pour MM. les internes de 2^e, 3^e et 4^e année, le samedi 24 Juin, à 3 heures.

Pour MM. les internes de 1^{re} année, le mardi 27 Juin, à deux heures.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les candidats présentés étaient en 1^{re} ligne, M. Raymond; en 2^e ligne, M. Dejerine; en 3^e ligne, M. Vaillant; en 4^e ligne, M. Letulle.

M. Raymond a été élu par 71 voix, contre 1 à M. Dejerine, 4 à M. Vaillant et 4 bulletins blancs, sur 80 votants.

Association française de chirurgie. — Le 13^e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 16 Octobre 1899, sous la présidence de M. le Professeur Antonin Poncet, de Lyon, correspondant national de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu le lundi à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1^o De l'hystérectomie abdominale totale, M. Ricard, de Paris, rapporteur.

2^o Tumeur des os, MM. Pollosson et Bérard, de Lyon, rapporteurs.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer pour le 15 Août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Piquet, secrétaire général, rue de l'Ély, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 Septembre 1899.

Cette session présentera une importance considérable. C'est en effet dans cette session que sera inaugurée la statue de Duchenne (de Boulogne), et que fonctionnera aussi pour la première fois la Sous-Section d'électricité médicale, que le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences, désireux de favoriser les efforts de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de cette branche si nouvelle, mais déjà si importante des sciences appliquées, vient de créer dans l'Association.

Les questions ci-dessous indiquées feront l'objet de rapports :

1^o Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier, par M. H. Bordier (de Lyon).

2^o Radioscopie et radiographie stéréoscopiques par le professeur Marie (de Toulouse).

3^o Récents progrès de la radiographie, par le professeur Imbert et M. Berlin-Sans (de Montpellier).

4^o De l'endoscopie, sa technique et ses résultats, par M. Bouclacourt (de Paris).

En plus de la discussion de ces rapports, des séances particulières seront consacrées aux communications diverses.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à M. J. Bergonié, 6 bis, rue du Temple, à Bordeaux, ou au Secrétaire de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris.

Étranger.

Premier congrès international des médecins de compagnies d'assurances sur la vie. — Ce congrès aura lieu à Bruxelles, du 25 au 28 Septembre 1899; il n'y sera traité que des questions d'ordre purement scientifique.

Président d'honneur: M. de Broyn, ministre de l'Agriculture et des travaux publics belges.

Le Comité d'organisation est ainsi constitué :

Président, M. Vienninckx, de l'Académie de médecine de Belgique; vice-présidents: M. Gallet, agrégé à l'Université libre de Bruxelles; M. Verriest, professeur à l'Université de Louvain.

Secrétaire-général: M. Poëls, ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles, 2, rue Marie-Thérèse, à Bruxelles. Le Comité d'initiative français se compose de MM. Brouardel, président, Landouzy; vice-président, Peyrot, Mauriac, Sirey.

M. Weill-Manton, 28, rue de Châteaudun, Paris, est chargé de recevoir les adhésions des congressistes français et de leur fournir tous les renseignements dont ils auraient besoin.

Questions mises à l'ordre du jour :

De l'admissibilité des syphilitiques. Rapporteur: M. Bayet. — Des névroses traumatiques. Rapporteur: M. Crocq. — De l'acoolisme au point de vue de l'assurance sur la vie. Rapporteur: M. Boeck. — De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie. Rapporteur: M. Dubois-Havenith. — De l'anthropométrie dans ses rapports avec l'assurance sur la vie. Rapporteur: M. Houze. — De l'admissibilité des glycosuriques. Rapporteur: M. Lebonf. — La radiographie en matière d'assurances. Rapporteurs: MM. Maffei et Hanckart. — Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser? Rapporteur: M. Mahillon. — L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie. Rapporteur: M. Meyer (de Metz). — De l'examen du cœur (assurance-vie). Rapporteur: M. Novitz (de Saint-Petersbourg). — De l'utilité d'un formulaire médical universel (assurance-vie). Rapporteur: M. Poëls. — Des statistiques médicales, communications diverses. Rapporteurs: MM. Thompson (de Londres), Poëls, etc. — Le secret médical et les compagnies d'assurances. Rapporteur: M. Van Geuns (d'Amsterdam). — Du diagnostic précoce de la paralysie générale. Rapporteur: M. R. Verhoogen. — De la continuité des états morbides à travers la vie; contribution à la symptomatologie des tares. Rapporteur: M. Verriest. — De la fraude en matière d'assurances sur la vie. Rapporteur: M. Weill-Manton (de Paris). — De l'admissibilité des albuminuriques. Rapporteur: M. Wybauw.

Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personnelles.

Les auteurs de ces communications sont priés d'envoyer au secrétaire général, avant le 15 Juillet, un résumé de leur travail. Ce résumé sera imprimé et distribué aux membres adhérents avant les séances.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

BIBLIOGRAPHIE

G. Morice. — *Annuaire des eaux minérales*. 1 vol. in-16, de 310 pages. Prix: 1 fr. 50 (A. MALOINE, éditeur).

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — I. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



VIN NOURRY IODOTANÉ

Le meilleur moyen d'administrer l'Iode

DOSE { 0.05 d'Iode } par cuillerée à soupe.
 { 0.10 de Tanin }

Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue
LYMPHATISME, CHLORO-ANÉMIE, AMÉNORRHÉE
DYSMÉNORRHÉE, AFFECTIONS PULMONAIRES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES

SIROP NOURRY iodotané

Même composition et dosage que le VIN NOURRY. Dans les cas où l'usage du Vin est contre-indiqué.

F. COMAR & FILS, PARIS, et toutes Pharmacies.

3

IOD-ALBACIDE

COMBINAISON ALBUMINO-IODÉE

(Iodate d'Albumine)

Absorption rapide de l'Iode

PAS D'IODISME

Se recommande surtout dans le cas de médication iodée prolongée.

DOSE : 3 à 6 GRAMMES PAR JOUR (en Cachets, Comprimés ou Solution).



SYPHILIS

RHUMATISMES — ANGIOSCLÉROSE — GOUTTE

Brochures et Échantillons sur demande.

Martin REINICKE, 33, Rue Sainte-Croix-de-la-Brettonnerie, PARIS

TUBERCULOSE PULMONAIRE
 BRONCHITES AIGÜES ET CHRONIQUES
 DILATATION DES BRONCHES
 PLEURÉSIES

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu Iodoformo-créosoté.

Antiseptique Pulmonaire Incomparable

PARIS — 43, Rue de Saintonge, ET PHARMACIES.

Xéroforme

est destiné à remplacer définitivement l'Iodoforme. C'est l'iodermissant par excellence. Il tarit rapidement les écoulements des plaies sanieuses et semble posséder une action spécifique dans la guérison des ulcères tuberculeux.

Littérature et échantillons gratuits : L. Berberon, 15 Place des Vosges, Paris.

MORRHUOMALTOL GLYCÉROPHOSPHATE de ECALLE
 Reconstituant Général des SYSTEMES OSSEUX.
 NERVEUX et SANGUIN. — Beneficiant tous les principes actifs de l'Huile de Foie de Morue : Chlorures, Bromures, Iodures, etc. du Malt, Diastase, etc. et 0 gr. 15 de Ech* gratuit aux Médecins. Ph*, 38, R. du Bac, Paris. Glycéro-phosphate de chaux chimiquement pur per dose.

CONSTIPATION

RICINOSE GAUTHIER

au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir. Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin. La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph* GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochechouart, Paris.

ANÉMIE, CHLOROSE, NEURASTHÉNIE,
 LYMPHATISME, TUBERCULOSES, CACHEXIES,
 MALADIES OSSEUSES, RACHITISME,
 SCROFULES, ALBUMINURIE, PHOSPHATURIE,
 NÉURALGIES

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison granulée nouvelle

d'Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérrophosphate de Chaux
 RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE. RÉPARATEUR des GLOBULES SANGUINS
 NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

PARIS — 43, Rue de Saintonge, 43, et toutes Pharmacies.

LA

PRESSE MEDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —

E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSES
Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris. *

SOMMAIRE

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE; ANUS CRURAL CONSÉCUTIF A LA KÉLATOMIE; ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR IMPLANTATION, par M. Ed. SCHWARTZ (avec 2 figures en noir) 293

ANGINE A BACILLES FUSIFORMES DE VINCENT, par M. G. SCHNEIDER 294

ANALYSES

Bactériologie : Recherches bactériologiques sur les suppurations péri-urétrales, par M. J. COTTET 294

Médecine expérimentale : Recherches sur la bactériologie des ganglions bronchiques normaux, par M. J. KALLIE. — L'épreuve du bleu de méthylène et les éliminations urinaires chez les hépatiques, par MM. A. GRAUPEL et J. CASTAIGNE 294

Médecine : La fièvre dans la convalescence de la dolié-métrie, par M. POTAIN. — Un cas de méningite séreuse au cours de la fièvre typhoïde, par M. J. BONNY 295

Chirurgie : Stenotomie des os testocystiques (à propos de deux cas), par M. P. KLEMM. — Appendicite, par M. DORFLER 295

Maladies des enfants : Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants, par M. P. NOBBOURT. — Appendicite chez un enfant de dix-neuf mois; opération; guérison, par M. R. MIRON 296

Ophthalmologie : Rôle de la cornée dans l'absorption des colyres, par MM. ULRY et FRIGALS 296

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : Sur l'existence dans le sang des animaux d'une substance empêchant l'action de la présure sur le lait, M. A. BRYOT. — Contribution à l'étude des coix minérales. Sur la source Croix près du Mont-Dore, M. F. PARMENIER. — Sur la position systématique des trichophytes et des formes voisines dans la classification des champignons, MM. L. MATROUCHOT et Ch. DASSONVILLE. — A propos de l'action empêchante du sérum sanguin sur la présure, MM. L. CAMUS et E. GLEY. — Action coagulante du liquide de la prostate externe du hérisson sur le contenu des vésicules séminales, MM. L. CAMUS et E. GLEY. — La composition minérale de l'enfant nouveau-né et la loi de Bunge, M. L. HUGOUREUX. — Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique, M. G. MARTELLON 298

Société de chirurgie : A propos du traitement de la tuberculose testiculaire, M. RYNIER, MM. DAZZ, QUÉNU, FOITIER. — Fracture simultanée des deux clavicules, M. GUINARD. — Imperforation ano-rectale d'abord traitée par le procédé du trocart; anus artificiel au cinquième jour, M. BROCA. — Un cas de guérison de tétanos, M. QUÉNU, MM. SCHWARTZ, DEBERG. — Ostéome du bras-humérus, M. LOISEL. — Traitement des hémorroïdes, MM. SCHWARTZ, DELORME, PIQUÉ, DELBET, QUÉNU, TILLAUX, POZZI, OLLIER, POIRIER, DELBET. — Tétanos traité par treize injections de sérum antitétanique; guérison, M. PROUÉ. — Kyste thyro-hyoidien du cou, M. PROUÉ. — Amputation ostéo-plastique de jambe, M. DELBET. — Cancer en masse de la face postérieure de l'estomac; résection; extirpation de ganglions et d'une partie du pancréas; fistule pancréatique consécutive; guérison, M. RICARD, MM. TUFFIER, POIRIER. — Pierre du mésentère, M. SCHWARTZ. — Lipome de la face dorsale d'un doigt, M. NIMIER. — Tumeur pré-rénale, M. WALTER 299

Société médicale des hôpitaux : Spléno-mégalie

tuberculeuse primitive sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose, MM. RENDU et VIDAL, MM. MOUTARD-MARTIN, ACHARD, VARIOT, VAILLARD. — Tabes à forme gastrique prolongée, syphilis juvénile, M. A. DE MANDRUSS, MM. JACQUET, MATHIEU, ACHARD, RENDU, RAYMOND. — Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant par la radioscopie, MM. VARIOT et GREGOAT. — Tuberculose primitive et massive de la rate, M. MOUTARD-MARTIN, MM. ACHARD, NETTER, VIDAL. — Contribution à l'étude pathogénique du rhumatisme cérébral, MM. A. SODRÉS et CASTAIGNE, MM. VIDAL et RAYMOND. — Délire alcoolique survenu après une opération, M. TOULOUSE 300

Société anatomique : Rétrécissement cancéreux du pylore et tétanie, M. BAGALOGU. — Grossesse extra-utérine occupant la portion intestinale de la trompe, M. AUDIN. — Poches paravésicales, M. P. GUÉNIOT. — Sarcome de l'intestin chez un chien, M. PÉTRIT. — Tuberculose rénale, MM. TOUVER et CIVATTE. — Malformation aortique: deux valves sigmoïdes, M. CIVATTE. — Cirrhose avec icteré, à type histologique monocellulaire chez un tuberculeux, M. RIMMEUR. — Lésions expérimentales déterminées par l'intoxication par le sérum d'anguilles, MM. P. JOUSSKT et LEFAS. — Cancer de l'estomac propagé au péritoine, M. SACQUÉPÉE. — Dilatation bronchique tapissée d'épithélium pavimentaire stratifié, M. POULAIN. — Cancer de l'œsophage avec métastases secondaires dans le foie et les ganglions, M. P. LÉZARDIÈRE. — Kyste chyloux du mésentère, M. LETULLE. — Lésions du pommou consentives à la rupture d'un anévrysme, M. NATTAN-LARRIER. — Perforation diastatique du colon ascendant, MM. GANBY et BURNOIR. — Anomalie de l'orifice aortique, M. MANTOUX. — M. LETULLE. — Sarcome du pome, M. MORISSET. — Cirrhose hypertrophique sans icteré, d'origine biliaire, M. LEFAS 301

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La Dionine 302

Voir les Nouvelles à la dernière page.

RENSEIGNEMENTS

Docteur, vingt-huit ans, exerçant l'hiver dans le Midi, accompagnerait malade ou ferait remplacement. S'adresser au journal (371).

A céder de suite, pour cause de double emploi, aux simples conditions de bail en cours, une clinique chirurgicale (dortoirs, chambres séparées, salle d'opération entièrement vitrée, laboratoire, téléphone). S'adresser à M. René Belin, 46, rue de Phalsbourg.

Clientèle, département du nord de la France, commune de 4.000 habitants, 10.000 francs touchés, à céder pour raison de famille. Aucune indemnité, mais location de l'habitation (1.000 francs) avec bail de certaine durée. S'adresser au journal.

Jeune docteur demande remplacements, même dans petit village. S'adresser au journal (372).

VER SOLITAIRE
Guérison par les
GLOBULES DE SECRETAN
A l'Extrait vert étheré des Rhizomes frais de Fongora mâlé des Vooges.
Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

TRAITE DES MALADIES DE LA PROSTATE ET DES VÉSICULES SEMINALES, par le Dr H. PICARD. 1 vol. in-18. de 289 pages, avec figures. Reli. Prix: 5 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

VARIÉTÉS

Les spécialistes du rectum en Amérique. — Dans l'antiquité, chaque dieu avait ses prêtres; à notre époque, chaque organe veut avoir ses spécialistes. Un brave campagnard demandait dernièrement à un médecin de Paris, de lui indiquer un spécialiste en hémorroïdes; il ne put recevoir de réponse exacte; le corps médical parisien ne compte pas encore de confrère qui ait borné son horizon scientifique à une zone aussi étroite. L'Américain, né pratique, voit plus juste, et nous donnons ici d'après les *Annals of gynecology and Pædiatry*, Mai 1899, le titre de quelques communications qui seront faites à la première réunion des spécialistes du rectum (Programme of the first meeting of Rectal specialists of Columbus, Ohio, June, 6-9 1899):

Importance d'une étude spéciale des maladies du rectum, par Joseph M. Matthews, Louisville.

Prurit anal, par James P. Tuttle, New-York.

Traitement chirurgical du rétrécissement non cancéreux du rectum, par Joseph B. Bacon, Chicago.

Une modification au procédé de Whitehead pour la cure des hémorroïdes, par Samuel T. Earle, Baltimore.

Sur l'ulcération simple du rectum, par Léon Straus, Saint-Louis.

Considérations sur les différentes formes d'ulcération du rectum, par Lewis Adler, Philadelphie.

L'acte de la défécation, par Thomas Ch. Martin, Cleveland, etc.

Ce programme renferme, on le voit, des questions intéressantes et qui gagneront évidemment à être mises au point par des chercheurs s'y intéressant spécialement.

D.

FACULTÉ DE PARIS

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1898-99.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre dernier délai.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart.

Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes. Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lit, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis.

Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 Octobre 1899, au plus tard, chacun des concur-

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

VICHY-CÉLESTINS
AMPOULES BOISSY AU NITRILE D'AMYLE (Angine de poitrine)
CONTREXEVILLE-PAVILLON

VII^e ANNÉE, T. I. — N° 48, 17 JUIN 1899.

rents remettra au Secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée.

Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles.

Le résultat du concours sera immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique.

Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit :

Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs.

Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs.

La question posée au concours de 1899 est : « De la péritonite des cirrhotiques ».

PRIX MONTYON. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs, payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Ce prix peut être partagé entre deux candidats.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

PRIX CHATAUVILLARD. — Ce prix, dû aux libéralités de M^{me} la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1^{er} Janvier au 31 Décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours).

Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté du 1^{er} au 31 Janvier de l'année qui suit leur publication.

Le Conseil de la Faculté a décidé (16 Décembre 1897) que le prix Chatauvillard sera décerné dès le commencement de chaque année (en Février ou Mars).

LEGS DU BARON DE TRÉMONT. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 Mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 Décembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1^{er} Septembre de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

DONATION FAUCHER. — Par acte notarié, en date du 20 Juillet 1894, M^{me} Alexandra-Victorine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de médecine de Paris d'une rente de 1,200 francs en 3 pour 100, sur l'État français, pour les arrérages être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais.

Par décret en date du 5 Janvier 1895, M. le doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté.

Pour participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au Secrétariat de la Faculté, avant le 1^{er} Septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise.

A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1^{er} Octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, 6, devra présenter à M. le doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir la preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

PRIX LAGAZE. — Aux termes du testament de M. Lagaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans, au meilleur ouvrage sur la phthisie et sur la fièvre typhoïde, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé.

La commission, chargée de décerner ce prix, se réunit au mois de Novembre.

A la fin de l'année 1900 il y aura lieu de décerner le prix Lagaze au meilleur ouvrage sur la phthisie.

LEGS JEUNESSE. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 Février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1° une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 2° une somme de

750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

En 1899, les deux prix seront attribués.

PRIX J. SAINTOUBERT. — Par un testament en date du 16 Novembre 1888, M. J. Saintoubert a légué à la Faculté de médecine de Paris une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté.

Ce prix est de 3,000 francs.

Le sujet mis au concours est : « De l'insuffisance hépatique ».

PRIX BÉHIER. — M^{me} veuve Béhier a légué à la Faculté de médecine de Paris, par testament en date du 7 Octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale.

Ce prix, qui est de 1,800 francs, sera attribué en 1900.

Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : « Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie ».

PRIX CHARLES LEGROUX. — Par acte notarié en date du 5 Avril 1897, M^{me} veuve Legroux a fait don à la Faculté de médecine de Paris d'une somme de 10,000 francs destinée à l'acquisition d'un titre de rente 3 pour 100 sur l'État français, pour les arrérages de cette rente être affectés à la fondation perpétuelle d'un prix dénommé Prix Charles Legroux et qui sera décerné tous les cinq ans, par ladite Faculté, au meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement.

Ce prix sera attribué en 1902.

LEGS BARKOW. — M^{me} de Barkow, née Guibert, par un testament en date du 2 Juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Le revenu annuel est de 3,000 francs ; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1^{er} Septembre ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

LEGS PELRIN. — Par acte du 22 Juin 1846, M. et M^{me} Pelrin ont institué, en mémoire de leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. Conditions du legs : 1° être bachelier ès sciences ou ès lettres ; 2° être d'une conduite régulière et honnête ; 3° annoncer des aptitudes pour l'enseignement supérieur ; 4° appartenir à une famille peu aisée, domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Les candidats devront adresser leur demande le 1^{er} Septembre ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu les notes « Extrêmement satisfait » et « Très satisfait ».

Bourses de Doctorat.

Bourses de l'État. — Les bourses du doctorat en médecine sont données pour une année. Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites. Deux heures sont accordées pour chacune des compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et vingt-huit ans au plus. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du règlement du 3 Novembre 1877. Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ; 4° un certificat du ou des établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.

Les bourses de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années sont obtenues aux conditions ci-après, suivant le régime d'études auquel appartient le candidat. *Première année.* Les bourses de première année sont accordées sans concours. a) Ancien régime. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « Bien », pourront obtenir une bourse de première année. b) Nouveau régime. Les candidats qui justifient de la mention « Bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique

(Lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année. — *Deuxième année.* a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats qui ont subi avec la note « Bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 Juin 1878. L'épreuve consiste : 1° en une composition de chimie ; 2° en une composition de physique et d'histoire naturelle. b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthologie, myologie, angiologie). — *Troisième année.* a) Ancien régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « Bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie (ostéologie, arthologie, myologie, angiologie) ; 2° en une composition d'histologie. b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le premier examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie (névrologie, splanchologie) ; 2° en une composition d'histologie. — *Quatrième année.* a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « Bien » la première partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie (névrologie, splanchologie, anatomie des régions) ; 2° en une composition d'histologie et de physiologie. b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de physiologie ; 2° en une composition de chirurgie. — *Cinquième année.* a) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « Bien » la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de médecine ; 2° en une composition de chirurgie. b) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le troisième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de médecine ; 2° en une composition de chirurgie.

N. B. Le montant de la bourse est de 1,200 francs payables par douzièmes à la caisse de la Faculté.

Bourses municipales. — Une subvention municipale de 6,000 francs, renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris.

Cette subvention est applicable : 1° principalement à la fondation de bourses d'études de 1,200 francs chacune ; 2° exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal.

Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés, soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. À égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

Bourses d'études. — Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction.

Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de première année.

Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du préfet. Elles pourront être renouvelées.

Le montant des bourses est ordonné au nom du doyen de la Faculté, qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

Bourses de voyage. — Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat, et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans.

Les unes et les autres sont accordées, sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du préfet de la Seine, par le Conseil municipal, qui en fixe le montant.

Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyages d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports

seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. Le montant des bourses de voyage est ordonné au nom du doyen de la Faculté, qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

INSTRUCTION DES DEMANDES. — Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au Secrétariat de la Faculté avant le 15 Novembre. Elles doivent être transmises, avant le 15 Décembre, à M. le préfet de la Seine, qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal.

Toutes les demandes déposées doivent être transmises, chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse; elle indique pour eux ses préférences.

A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question plus haut.

Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent en bénéficier.

Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie, en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole.

Gratuité et dispense des frais de l'inscription.

Gratuité. — Ne sont passibles d'aucun droit en vertu du règlement du 27 novembre 1834 et des arrêtés des 26 Novembre et 2 Décembre 1864 :

1° Les fils de professeurs de Faculté dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions; 2° les élèves qui ont obtenu le prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent; 3° l'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges des départements, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes les Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

Exonérations. — Exonérations de droit. — Sont dispensés de payer les droits d'inscription les boursiers, les fonctionnaires des établissements d'enseignement secondaire et primaire.

a) Boursiers. — La dispense du droit d'inscription est accordée aux boursiers d'études près la Faculté à laquelle ils sont attachés.

Les boursiers entretenus près les établissements d'enseignement supérieur par les départements, les communes ou les particuliers, sont admis, aux mêmes titres que les boursiers de l'Etat, au bénéfice de la gratuité du droit d'inscription, à la condition expresse que les subventions allouées par lesdits départements, communes ou particuliers, soient rattachées en temps voulu au budget des fonds de concours.

b) Fonctionnaires des établissements d'enseignement. — Sont dispensés du droit d'inscription, tous les répétiteurs titulaires, stagiaires, auxiliaires des établissements d'enseignement secondaire publics, lycées et collèges entretenus par l'Etat ou par les villes. La dispense du droit d'inscription est accordée aux fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire, aux élèves de l'École normale de Cluny et aux fonctionnaires de l'enseignement public.

Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Stanislas, au collège Sainte-Barbe et à l'École Alsacienne, candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire, sont dispensés des droits d'immatriculation s'ils sont en activité ou en congé d'un an.

c) Fils de professeurs et lauréats. — Les étudiants visés par le règlement du 27 Novembre 1834, les arrêtés des 26 Novembre et 2 Décembre 1864, sont exonérés des droits d'immatriculation et de travaux pratiques.

d) Dispense du droit d'immatriculation en faveur des boursiers. — Les boursiers des Facultés sont dispensés du droit d'immatriculation, tout en restant soumis aux droits de bibliothèque correspondants, ainsi qu'aux droits de travaux pratiques et de laboratoires, s'il y a lieu. Conformément à la règle générale, la dispense du droit d'immatriculation n'est pas attachée à la possession d'un quart de bourse et ne peut être attribuée qu'aux étudiants titulaires d'une demi-bourse au moins. Cette mesure ne s'applique qu'aux boursiers possesseurs de toutes les inscriptions réglementaires.

e) Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des hôpitaux. — Les internes titulaires des hôpitaux de Paris sont dispensés du paiement des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

Quant aux internes provisoires, ils demeurent soumis à la règle commune, c'est-à-dire qu'ils auront à payer

les droits d'immatriculation et de bibliothèque, mais seulement lorsqu'ils demanderont soit à suivre les cours, conférences et travaux de la Faculté, soit à fréquenter la bibliothèque.

f) **Élèves de la Faculté des sciences.** — Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté ou école de l'Université de Paris peuvent, sans acquiescer de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique. Ils sont tenus d'acquiescer les droits de travaux pratiques afférents à cet examen. Les étudiants en médecine, inscrits en vue d'un certificat d'études supérieures à la Faculté des sciences, peuvent être individuellement dispensés, par décision du doyen, de l'assiduité aux travaux pratiques, mais ils sont tenus d'acquiescer intégralement les droits.

Exonérations facultatives accordées par la Faculté. — Peuvent être dispensés du droit d'inscription un dixième des étudiants astreints à ce droit à la Faculté. Chaque année, avant l'ouverture des cours, et dans les limites prévues par la loi, le ministre de l'Instruction publique fixe, sur la proposition du Conseil de l'Université, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription. Le doyen, après avis du Conseil de la Faculté, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le ministre, les étudiants dispensés facultativement. Les dispenses sont accordées pour une année scolaire et sont renouvelables.

Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen, après avis du Conseil de la Faculté, pour défaut de travail ou d'assiduité aux travaux pratiques ou au stage hospitalier. Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire. Lorsque la dispense est retirée à un étudiant, il en est fait mention au dossier de ce dernier. La dispense des droits d'inscriptions n'entraîne pas celle des droits de bibliothèque et de travaux pratiques, qui sont payés suivant la règle, lors de la prise des inscriptions. Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au doyen du 15 Octobre au 1^{er} Novembre; elles sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Pour la dispense des droits d'inscriptions de première année, il faut encore joindre un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études.

La gratuité des inscriptions est un privilège essentiellement national, qui ne peut être concédé qu'aux Français.

FACULTÉS DE PROVINCE

Thèses de 1899.

Lille.

Cassin (Pierre) : De la cystotomie sus-pubienne d'emblée dans les rétrécissements compliqués de l'urètre. — Duval (Georges) : De la morbidité et de la mortalité dans le service d'accouchements de l'hôpital de la Charité. — Caumartin (Abel) : Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale. — Lheureux (Louis) : La déambulation dans les affections du membre inférieur. — Faucher (Louis) : Etude clinique sur le diagnostic différentiel des diverses formes de la grippe. — Thulliez (Paul) : Contribution à l'étude des tumeurs érectiles des paupières. — Thulliez (Louis) : Résultats éloignés de la résection tibio-tarsienne (complète ou incomplète), dans le cas de tumeur blanche du cou-de-pied chez les enfants.

Lyon

Bernay (Charles) : Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. — Divaris (Spiridon-S.) : Etude sur les kystes doubles des ovaires et quelques ovaires bilatérales avec grossesse. — Roux (Joseph) : Contribution clinique à l'étude de l'évolution maligne de certains molluscums. — Feyat (Emile) : Des kystes simples des os longs (non parasitaires ni néoplasiques). — Frarier (Léon) : Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels. — Rioufol (Jules) : Du cancer aigu du foie. — Cas (Joseph) : De la résection simultanée de la totalité de l'omoplate et d'une partie de la diaphyse humérale. — Lemoine de Vernon (Benjamin) : Théobromine et digitale. Etude clinique comparative. — Staicoff (Christo-N.) : Essai sur la chirurgie du médiastin inférieur (résection du sternum comme opération préliminaire).

Montpellier.

Triantaphyllos (M.) : Du traitement des anévrysmes et des hémorragies internes par les injections sous-cutanées de gélatine. — Lara (Adolphe de) : Contribution à l'étude du pseudo-rhumatisme infectieux supprimé dans la dysenterie. — Reynès (Louis) : Du curettage. Son action régressive sur certains états fibromateux de l'utérus. — Combiér (Abel) : Des hémorragies intra-oculaires profuses consécutives à l'extraction de la cataracte. — Corgier (E.) : Traitement des infections broncho-pulmonaires aiguës par le carbonate de créosote. — Sant (Emile) : Contribution à l'étude de l'amputation interscapulo-thoracique. — Charpentier (Aug.) : Contribution à l'étude du traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales de sérum antitoxique. — Plai-

gnard (H.) : L'état mental dans le goitre exophtalmique. — Mons (Georges) : Contribution à l'étude de la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse. — Cros (Jules) : De la périardite aiguë des brightiques. — Onusoff (M^{lle} Marie) : Des buns de boue minérale à la station de Saki (Crimée). Etude d'un mode original de balnéothérapie. — Maquin (A.) : Contribution à l'étude des dépressions et fistules congénitales sacro-coccygiennes. — Bouissou (Elie) : De la valeur thérapeutique de la digitale cristallisée; sa supériorité sur les autres préparations de digitale. — Pautier (François) : Contribution à l'étude de la sarcomatose cutanée généralisée primitive.

Nancy.

Weiller (Daniel) : De l'étiologie des hémorragies utérines pendant les six premiers mois de la grossesse. — Grosmaire (Louis) : Considérations sur les varices du membre inférieur et leur traitement chirurgical. — Mongeot (Henri-Laurent) : Opérations conservatrices et orchidectomie dans la tuberculose testiculaire. — Gillet (Charles) : Contribution à l'étude des myosites syphilitiques diffuses et gommeuses. — Schwander (Sigismond) : Du traitement de la scoliose des adolescents à la clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital civil de Nancy. — Humbert (Edmond) : Contribution à l'énucléation intraglandulaire des tumeurs solides du corps thyroïde.

Toulouse.

Alric-Bourgès (Jean) : Contribution à l'étude de la suppuration et de la nécrose du testicule au cours de la blennorrhagie aiguë. — Freyche (Joseph) : Etude clinique et bactériologique sur l'angine diphtérique et ulcéreuse à bacilles fusiformes et spirilles de H. Vincent. — Dousset (Louis) : Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique. — Colonna (F.) : Contribution à l'étude de la syphilide psoriasiforme de la main et de son traitement par les injections de calomel.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

29 Mai 1899.

Sur l'existence dans le sang des animaux d'une substance empêchant l'action de la présure sur le lait. — M. A. Briot. On sait que certaines diastases entraînent certaines autres : la thrombose de l'extrait de sangne neutralise *in vitro* et *in vivo* l'action coagulante de la plasmine du sang.

Le sérum normal de beaucoup d'animaux possède, à des degrés divers, la propriété d'empêcher la coagulation du lait par la présure.

Le sérum de cheval, en particulier, renferme une substance capable de neutraliser les effets d'une certaine quantité de présure.

Cette substance présente tous les caractères des ferments solubles; elle ne dialyse pas, est destructible par la chaleur, est précipitable par le sulfate d'ammonium et l'alcool.

Le sang de beaucoup d'autres animaux a la même propriété, à des degrés variables.

Par des injections répétées de présure à des lapins, on arrive à augmenter l'activité anti-présurante de leur sérum.

5 Juin 1899.

Contribution à l'étude des eaux minérales. Sur la source Croizat près du Mont-Dore. — M. F. Parmentier. La source de Croizat a été découverte il y a deux ans entre la Bourboule et le Mont-Dore. Les eaux, très abondantes, ont une température de 43°. Elles sont ainsi constituées :

Acide carbonique libre	1 gr. 225
Silice	0 — 110
Acide chlorhydrique	3 — 774
Acide arsénique	0 — 009
Chaux	4 — 171
Magnésie	0 — 044
Potasse	0 — 053
Soude	3 — 980
Lithine	0 — 005

Cette eau est remarquable non seulement par sa teneur en sel marin, mais encore par l'absence à peu près totale de fer. Elle renferme des quantités notables d'arsenic. Ce fait semble montrer que, dans une eau minérale non altérée, l'arsenic se trouve non à l'état d'arséniate de fer, mais d'arséniate de soude. Ce n'est qu'après l'action de l'oxygène de l'air que l'acide arsénique se trouve précipité à l'état d'arséniate de sesquioxyde de fer.

Sur la position systématique des trichophyton et des formes voisines dans la classification des champignons. — MM. L. Matruchot et Ch. Dassonville. Jusqu'à ce jour les dermatologistes ont accepté l'idée que les trichophyton se rattachaient aux sporotrichons ou aux botrytis; cette idée doit être abandonnée. Les trichophyton sont des formes imparfaites de gymnocasies, peut-être de éctomyces, peut-être d'un genre voisin encore inconnu.

A propos de l'action empêchant du sérum sanguin sur la présure. — MM. L. Camus et E. Gley. Nous avons, les premiers, signalé que le sérum sanguin de divers animaux possède la propriété d'empêcher l'ac-

tion coagulante de la présure, de même que l'action des ferments protéolytiques (pepsine et trypine). Notre interprétation différait, à vrai dire, de celle présentée par M. Briot, dans la dernière séance, puis que ses expériences tendent à établir que le sérum sanguin doit cette propriété à un ferment antagoniste de la présure.

Action coagulante du liquide de la prostate externe du hérisson sur le contenu des vésicules séminales. — MM. L. Camus et E. Gley. Nous avons antérieurement montré que le liquide prostatique du cobaye, du rat et de la souris contient une substance agissant à la manière d'un ferment et qui coagule rapidement le contenu des glandes vésiculaires de ces animaux. Nous avons trouvé, chez le hérisson, une diastase du même ordre. Le contenu de la prostate externe glande située dans la fosse ischio-rectale, de chaque côté de l'anus, coagule le liquide séminal des hérissons.

La composition minérale de l'enfant nouveau-né et la loi de Bunge. — M. L. Hugonnet. J'ai précédemment établi la teneur globale de l'organisme fœtal en sels minéraux aux diverses périodes de la grossesse et la quantité de fer, beaucoup plus faible qu'on ne le croit généralement.

Bunge a établi que les cendres totales du jeune animal présentent une analogie de composition très grande, et qui va presque jusqu'à l'identité avec les cendres du lait de la mère. Cette composition des cendres varie d'une espèce à l'autre; mais, dans la même espèce, le parallélisme se maintient entre le squelette minéral du jeune animal et les cendres du lait maternel. Bunge a formulé ainsi cette loi: « La cellule épithéliale de la glande mammaire prélève sur les sels minéraux du plasma toutes les substances inorganiques exactement dans la proportion où elles sont nécessaires au développement pour se développer et réaliser l'organisme de ses ascendants. »

Or, cette loi ne semble pas applicable à l'espèce humaine, si l'on compare la teneur minérale des cendres de l'animal et du lait.

GENDRES

	du fœtus humain pour 100.	du lait de femme pour 100.
Anhydride phosphorique.	33,28	21,30
Chaux.	40,48	14,79
Magnésie.	1,51	2,87
Chlore.	4,26	19,73
Anhydride sulfurique.	1,50	"
Peroxyde de fer.	0,39	0,18
Potasse.	6,20	33,15
Soude.	8,42	10,43
Anhydride carbonique.	4,89	"

La loi de Bunge ne serait-elle vraie que chez les mammifères à développement rapide? Le rapport de la durée de l'allaitement à la durée totale du développement est environ de 1/4 chez le chien; il n'est plus que de 1/20 chez l'homme. Chez la plupart des mammifères, le lait est donc un facteur du développement beaucoup plus important que chez l'homme; de là, chez l'animal, une adaptation plus étroite de la sécrétion lactée à la constitution minérale de l'organisme.

Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique. — M. G. Marinco. L'absinthe administrée sous forme de liqueur ou d'essence détermine chez les animaux des accès francs d'épilepsie. Dans la moelle de ces animaux, j'ai pu observer toute une gamme d'altérations cellulaires, d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus de temps avec des convulsions.

Pour un lapin chez lequel les convulsions ont duré quinze heures avec quelques intermittences, les cellules radicales ont augmenté de volume, tandis que la densité de l'état chromatique a diminué. Les éléments chromatophyls sont d'autant plus altérés et d'autant moins nombreux qu'on se rapproche de la périphérie. Cette disparition des éléments chromatophyls, à la périphérie, a quelquefois la forme d'un croissant ou d'un fer à cheval. Le nucléole est parfois granuleux ou vacuolaire.

E. JULIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

7 Juin 1899.

A propos du traitement de la tuberculose testiculaire. — M. Reynier. Comme la majorité de nos collègues, je crois que l'épididymectomie peut rendre souvent les services les meilleurs; mais il ne faut pas proscrire absolument la castration, qui est une excellente opération dans les cas où le foyer tuberculeux est limité et dans les cas de tuberculose suppurée, de tuberculose ouverte, quand la destruction des foyers au thermocautère ne paraît pas suffisante. Il est indispensable de toujours laisser un testicule en raison de la sécrétion interne de cette glande.

M. Eazy. La castration précoce n'empêche pas l'envahissement ultérieur de la prostate par la tuberculose; j'en ai observé plusieurs exemples très nets.

M. Quénu. Je pourrais citer des exemples de guérison durable avec les opérations économiques qui seront toujours pour moi le procédé de choix. Si un testicule suffit, il est préférable d'en avoir deux; aussi je pense que d'une façon générale, il faut tâcher de conserver les deux organes et se borner à enlever les parties malades.

M. Routier. Autrefois, je pratiquais la castration comme nos maîtres me l'avaient appris; je suis revenu de cette opération soi-disant radicale; je fais maintenant plus volontiers les opérations partielles qui donnent le plus souvent des résultats excellents.

Fracture simultanée des deux clavicules. — M. Gainard lit un rapport sur une observation envoyée par M. Playette (de Marseille), concernant un cas de fracture simultanée des deux clavicules, et dans lequel on employa avec succès la suture osseuse des deux os fracturés.

Imperforation ano-rectale d'abord traitée par le procédé du trocart, anus artificiel au cinquième jour. — M. Broca. M. Delanglade nous a envoyé une observation dont voici le résumé :

Le 16 Juillet 1897 on lui apporta, au Dispensaire des Enfants Malades, un garçon qui était né avec l'anus imperforé. On commença par ne pas s'occuper de l'absence de méconium, et, au quatrième jour seulement, comme étaient survenus des vomissements et du météorisme, comme l'enfant avait toujours refusé de têter, le médecin se décida à intervenir.

Le cas, je le reconnais, est de ceux où on est excusable de ne pas porter le diagnostic immédiat: l'anus, en effet, était extérieurement bien conformé, et dès lors, même si, selon la règle absolue, on avait regardé, sitôt après la naissance, la région ano-périnéale, on a été excusable de méconnaître un vice de conformation profond, que rien à l'extérieur ne faisait prévoir. L'oblitération, en effet, portait à 3 centimètres au-dessus de la marge de l'anus.

Mais, attendre quatre jours avant de mettre le petit doigt dans l'anus d'un nouveau-né qui ne rend pas de méconium, vomit, ne tette pas et se ballonne! C'est d'une ignorance énorme et malheureusement encore trop fréquente, malgré le précepte formel et depuis longtemps classique de toujours pratiquer cette exploration quand, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant n'a pas rendu de méconium.

Le médecin employa l'abominable procédé du trocart pour mettre en perce son imperforé; et, en outre, il ne l'employa que le lendemain de son exploration. Or, le procédé du trocart est aujourd'hui unanimement et justement condamné.

Au coup de trocart, immédiatement s'échappa une quantité énorme de méconium, un plein saladier, paraît-il, et le jour même l'enfant se mit à têter. Mais, dès le jour suivant, les matières ne passent plus, et cela dure ainsi vingt-deux jours, les évacuations se reproduisant seulement sous forme de vomissements fécaloïdes répétés plusieurs fois par jour. Au niveau de l'anus, de temps à autre, une tache jaune, mais c'est du pus et pas autre chose. Au bout de vingt-deux jours, le trajet redevient spontanément perméable et pendant quatre jours les matières passent et les vomissements diminuent. Mais ce fut passager; depuis dix-neuf jours, l'oblitération s'était reproduite complète, les vomissements étaient incessants, l'état général s'aggravait de jour en jour, lorsque l'enfant fut présenté à M. Delanglade.

M. Delanglade se décida pour l'anus contre nature, quitta à reprendre la voie périnéale si l'enfant guérissait.

Au sixième jour les fils sont retirés, réunion complète. L'abcès périnéal est presque cicatrisé.

On faillit obtenir un succès définitif; mais deux mois plus tard, l'enfant a succombé à la campagne.

Au cours de son opération, M. Delanglade a été particulièrement frappé par les difficultés qu'a engendrées le météorisme: l'anus de Litre fut très laborieusement établi, en raison de la hernie des anses distendues et impossibles à réduire. Si bien que l'entérotomie préalable fut indispensable; et l'on comprend combien cette manœuvre augmente les chances d'infection péritonéale. De plus, chez le nouveau-né, il est bien difficile de distinguer l'S iliaque des anses grêles voisines. D'après l'évolution post-opératoire, M. Delanglade croit qu'il avait bien ouvert le colon, et je suis de son avis, mais il admet que c'est plutôt par chance.

Aussi s'est-il demandé s'il ne vaudrait pas mieux, en l'occurrence, recourir à l'anus lombaire de Callisen.

Un cas de guérison de tétanos. — M. Quénu présente un malade qui a guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

M. Schwartz. Dans deux cas de tétanos chronique j'ai employé également des injections sous-cutanées du sérum fourni par l'Institut Pasteur; mes deux malades ont guéri.

M. Berger. J'ai employé cette méthode dans un cas où M. Roux fit lui-même les injections de sérum, et ma malade mourut. Le sérum antitétanique est efficace à titre préventif seulement.

Ostéome du brachial antérieur. — M. Loison montre un jeune soldat atteint d'ostéome du brachial antérieur.

14 Juin 1899.

M. Schwartz. Le traitement des hémorroïdes étant de pratique courante, je viens vous donner ma manière de procéder et les résultats que j'obtiens.

Quand les hémorroïdes sont petites, la dilatation du sphincter avec l'iguipuncture me suffit, en général. Pour éviter les douleurs du pansement, je conseille l'emploi de la vaseline à l'orthoforme au 30°.

Sur les centaines d'ignipunctures que j'ai pratiquées depuis 1883, je n'ai pas eu d'hémorragies.

En quinze jours, en moyenne, la guérison est obtenue. Quand les hémorroïdes sont pédiculés, je mets volontiers un fil sur le pédicule et je sectionne au-dessus. Quand, enfin, les hémorroïdes sont très volumineuses, j'avais, jusqu'à il y a deux ans, eu recours au procédé de la volatilisation de Richet.

Ce procédé ne m'a pas donné d'échec, mais je reconnais qu'il comporte des suites pénibles, des douleurs vives, un traitement très prolongé. Aussi, depuis deux ans, je pratique, dans ces cas, l'opération de Whitehead et j'ai toujours réussi. C'est une excellente opération, mais à condition qu'on l'exécute avec minutie. Dans 9 cas, dont 4 ont été opérés par mon interne, j'ai toujours réussi.

L'opération de Whitehead est donc une bonne opération, mais j'en restreins beaucoup les indications et je pense qu'elle doit rester un mode opératoire exceptionnel.

M. Delorme. Je me tiens toujours au procédé primitif de Whitehead, que j'ai fait connaître en 1892, et je ne veux insister que sur quelques points de détail. Ainsi, je constipe mes opérés pendant huit jours, de manière à avoir une adhésion sûre de la muqueuse et de la peau.

J'ai soin aussi de rapprocher les genoux de mes malades. J'attache à ces petits soins la plus grande importance.

Je n'ai pas recours à ce procédé dans tous les cas, et, lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes légères, pédiculés, reposant sur une muqueuse saine, je pense que l'ablation simple est suffisante.

Lorsqu'au contraire la muqueuse est malade, angio-mateuse, évanescente, en prolapsus, je reste partisan de l'opération du chirurgien anglais.

M. Picqué. Deux points ont été successivement envisagés: 1° la comparaison des procédés sanglants avec la méthode de cautérisation; 2° le choix entre les différents procédés sanglants préconisés.

J'ai renoncé, en général, à la cautérisation, parce que l'intervention sanglante m'a paru meilleure.

Il faut tenir grand compte, d'ailleurs, des variétés, et c'est ainsi que des bourrelets peu volumineux sont, à la rigueur, justiciables de l'ignipuncture.

Mais si les hémorroïdes sont procidentés et s'accompagnent de rectite ulcéreuse, je pense que cautérisation et ignipuncture sont inférieures à l'ablation.

Quant au choix de la méthode sanglante, je reste fidèle au procédé primitif de Whitehead, que j'ai légèrement modifié.

M. Delbet. Le thermocautère me paraît à propos du traitement des hémorroïdes, sortir de l'oubli dans lequel il est, à mon avis, justement tombé.

Je trouve que toute méthode chirurgicale qui est basée sur son emploi est une méthode actuellement inférieure à la méthode sanglante. En matière d'hémorroïdes, le thermocautère ne donne pas l'hémostasie, et j'ai vu des hémorragies très graves dans des cas où il avait été employé. La plaie qu'il donne est, en outre, une plaie qui doit guérir par seconde intention, après la chute de l'éscarre, par suppuration. Enfin, les malades traités par cette méthode souffrent beaucoup. C'est dire que je relègue le thermocautère à côté de l'écraseur de Chassaignac dont il ne faudrait plus le séparer.

Bistouri et suture, ces deux mots résument, à mon sens, le traitement des hémorroïdes aujourd'hui, et si je pouvais avoir jamais recours à la cautérisation, peut-être serait-ce dans le cas des masses procidentés et sphacelées.

Quant aux indications respectives de la résection simple des paquets hémorroïdaires et de l'opération de Whitehead, elles se tirent de l'état des lésions. La dilatation faite, s'il n'y a que quelques paquets, il est inutile de faire la résection de la totalité de la muqueuse.

Dans tous les autres cas, je fais l'opération de Whitehead, et, à ce propos, j'insisterai sur deux points: 1° il faut bien inciser la muqueuse juste au ras de la peau et ne pas chercher à empicter sur cette dernière; 2° pour éviter toute hémorragie, il faut bien chercher le bord interne du sphincter; à son niveau, mais à son niveau seul, on décolle facilement la muqueuse sans perdre de sang.

M. Quénu. Je demanderai à M. Schwartz s'il a vérifié la cicatrisation de ses opérés, car je ne crois pas qu'après l'iguipuncture, la cicatrisation soit complète en quinze jours.

En ce qui concerne la douleur, je pense aussi que la cautérisation entraîne son apparition fatalement.

M. Tillaux. M. Delbet vient de faire contre le thermocautère un violent réquisitoire qui ne me paraît pas justifié. Il prétend que le thermocautère n'est pas hémostatique; je lui répondrai que s'il le prétend, c'est qu'il ne sait pas s'en servir. Il y a trente ans, Eugène Beckel est venu nous montrer l'action hémostatique du fer rouge, mais il fit remarquer qu'il était indispensable de s'en tenir au rouge sombre et d'appuyer un peu sur les tissus qu'il fallait sectionner. En appuyant sur les vaisseaux, on accole les parois l'une à l'autre. Avec cette double précaution, on peut, disait Beckel, couper l'aorte de petits animaux sans avoir de saignement sanguin.

M. Delbet n'emploie pas le thermocautère dans le traitement des hémorroïdes parce qu'il préfère le bistouri comme instrument de section. Je lui ferai remar-

quer que, dans la méthode que j'emploie depuis trente ans, je ne cherche nullement à couper avec le fer rouge les hémorroïdes : je cherche seulement à avoir une cauterisation interstitielle, ce qui est totalement différent.

Quant à la douleur, elle existe souvent chez les opérés, mais pas toujours, et, en tout cas, elle n'est pas insupportable.

En un mot, je ne repousse pas l'opération de Whitehead, que je ne connais pas, mais je dis que nous avons un traitement des hémorroïdes qui est excellent, qui est simple, qui est à la portée de tous les médecins, qui ne nécessite pas de hautes données chirurgicales et qui donne des résultats parfaits. Pourquoi donc le changer ? Pour ma part, j'y ai toujours eu recours, je n'ai jamais eu d'accident, je ne changerai pas.

M. Pozzi. Je m'associe à tout ce que vient de dire M. Tillaux. Le traitement des hémorroïdes par l'ignipuncture est simple, efficace, non dangereux. Comme je l'ai déjà dit, je ne lui substituerai pas l'opération de Whitehead.

M. Ollier. Je partage les idées de M. Tillaux sur la valeur antihémorragique du thermocautère, que je rappelle, à propos des expériences de Bœckel, que Bouchacourt a, vers 1840, bien étudié et bien démontré tout ce qu'on pouvait attendre de l'emploi du fer rouge.

J'ai recours aussi à l'ignipuncture des hémorroïdes et m'en trouve très bien. Comme point de détail, je signale le bon résultat que donne au point de vue de l'élément douleur la pommade à l'orthoforme.

M. Poirier. J'approuve M. Delbet de son réquisitoire contre le thermocautère. Comme lui, je ne trouve que des inconvénients à l'emploi de cet instrument en chirurgie.

À titre de fait peut-être utile à connaître, je mentionne un cas d'atésie rectale consécutive à une opération de Whitehead, dans laquelle l'incision n'avait pas été faite juste à la limite cutanéomuqueuse, mais bien sur la peau même.

M. Delbet. Je veux bien reconnaître que je me sers mal du thermocautère, et j'ajoute même que je ne m'en sers jamais, mais je ferai remarquer à M. Tillaux que les hémorroïdes dont je parle, je les ai vues survenir entre les mains de chirurgiens qui avaient pourtant la préention de bien manier cet instrument.

Tétanos traité par treize injections de sérum antitétanique; guérison. M. Picqué présente un malade auquel il a fait avec succès treize injections de sérum antitétanique. Le malade s'était fait une piqûre au doigt quatorze jours auparavant. Le téanos datait de trois jours quand a été faite la première injection. Le malade absorbait en même temps 6 à 8 grammes de chloral par vingt-quatre heures.

Kyste thyro-hyoïdien du cou. — M. Picqué présente les photographies d'un malade atteint de kyste thyro-hyoïdien du cou.

Amputation ostéo-plastique de jambe. — M. Delbet présente un malade auquel il a fait une amputation ostéo-plastique de la jambe.

Cancer en masse de la face postérieure de l'estomac; résection; extirpation de ganglions et d'une partie du pancréas; fistule pancréatique consécutive; guérison. — M. Ricard présente un malade à laquelle il a pratiqué la résection presque totale de l'estomac pour un cancer en masse de cet organe.

M. Tuffier rappelle un cas analogue de résection presque totale de l'estomac et fait remarquer combien, dans la résection de l'estomac, les difficultés sont variables, la mobilité de l'estomac variant avec les individus.

M. Poirier insiste sur ce point que les différences de mobilité ne tiennent qu'à des adhérences pathologiques.

M. Tuffier pense, au contraire, qu'il y a des conditions d'ordre anatomique variant avec les individus et qui commandent la fixité ou la mobilité du pylore.

Pierre du mésentère. — M. Schwartz présente une pierre que portait une femme dans l'épaisseur du mésentère. Il s'agit très probablement d'un ganglion calcifié, la malade ayant eu jadis une péritonite tuberculeuse guérie par cinq ponctions successives. L'opération a été assez facile.

Lipome de la face dorsale d'un doigt. — M. Nier présente la photographie d'un malade auquel il a enlevé un lipome de la face dorsale du doigt.

Tumeur pré-rénale. — M. Walther présente une tumeur de 9 kilogrammes, dont le développement avait pris une allure très agitée les dix derniers jours qui ont précédé l'opération. Cette tumeur s'est développée dans le tissu pré-rénal.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

2 Juin 1899.

Splénomégalie tuberculeuse primitive sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose. — MM. Rendu et F. Widal. Quelques types anatomiques et cliniques ont été en ces dernières années dégagés du groupe des splénomégales essentielles, tel l'épithélioma primitif de la rate ou maladie de Gaucher, la splénomégalie scléreuse de la rate avec atrophie du foie ou

maladie de Banti. Sous le nom de splénomégalie primitive, MM. Debove et Bruhl ont rapporté des faits cliniques d'hypertrophie de la rate, mais l'examen anatomique fait défaut. En ces dernières années, quelques observations de tuberculose primitive de la rate ont été publiées, surtout d'après la période d'intervention chirurgicale; elles ont été rapportées pour la plupart dans le mémoire de MM. Quénu et Baudet.

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années un type particulier de splénomégalie tuberculeuse à lésions intéressantes et caractérisé surtout par un syndrome spécial.

Notre malade, qui n'était ni paludéen, ni syphilitique, ni alcoolique, fut pris pour la première fois à l'âge de trente et un ans, de douleur sourde et de pesanteur dans l'hypocondre gauche, surtout à l'occasion des efforts. C'est seulement deux ans plus tard, qu'il s'aperçut du développement d'une tumeur dans cette région. Le malade souffrit à diverses reprises de points de côté, mais peut continuer sa profession. C'est pour un de ces points de côté à forme de névralgie intercostale, qu'il vient pour la première fois demander nos soins en 1892. Les douleurs étaient intermittentes; elles étaient très pénibles surtout pendant l'inspiration et s'irradiaient à gauche.

À cette époque, il suffisait de découvrir le malade, pour constater une voussure considérable au niveau du côté gauche de l'abdomen.

Le ventre était divisé en deux régions bien distinctes : une droite plate, et même déprimée, une gauche surélevée et même bombée. À la palpation on sent une tumeur ovoïde, à grand diamètre vertical, à surface lisse et à consistance dure et ligneuse, s'étendant du diaphragme à la crête iliaque. Le bord antérieur est net, mousse, arrondi, et présente une encoche vers le milieu de sa hauteur. On ne note aucun symptôme hépatique; il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale.

Après un séjour à l'hôpital, le malade s'améliore et peut encore reprendre sa profession pendant deux ans environ.

Il nous revient en 1894. La rate a encore augmenté de volume; elle descend jusqu'au milieu de la ligne inguinale. Elle n'est pas douloureuse à la pression, mais elle apparaît multilobulée formée surtout de deux lobes principaux, séparés par un vaste sillon; le lobe supérieur avait le volume d'une tête de fœtus.

Le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt. La pression de la région hépatique est douloureuse. Pas d'ascite.

La peau présente à la fois une légère teinte subictérique, et la coloration brunaire des états cachectiques. De nombreuses varicosités bleuâtres serpentent sous la peau des membres inférieurs, du flanc gauche et du thorax. On note un varicocèle à gauche.

Depuis six mois la langue est décapée, vernissée, marquée sur les bords et sur sa moitié postérieure, d'ulcérations et de ragades. On note également des ulcérations sur la face interne de la lèvre supérieure. Les gencives sont suppurantes et fongueuses.

Il nous reste à insister sur deux symptômes cardinaux : la cyanose et l'hyperglobulie.

La teinte cyanique est très manifeste, surtout au niveau des extrémités, sur le bout du nez, les deux oreilles, les lèvres, le gland, les doigts et les orteils. La coloration violette intense disparaît facilement à la pression, pour se reproduire immédiatement après. La face inférieure des phalanges des doigts est violacée dans sa totalité et la peau à ce niveau se plisse facilement sur les os sous-jacents; la face unguéale présente une teinte cyanique tout à fait caractéristique. Les phalanges des gros orteils sont un peu augmentées de volume.

L'hyperglobulie a été constatée à plusieurs reprises à chaque séjour du malade à l'hôpital. Le nombre des globules rouges atteignait 6.200.000, celui des globules blancs 6.000 à un examen fait par M. Lion en 1892. Le nombre des globules rouges était de 5.250.000 et celui des globules blancs de 4.500 à un examen fait par M. Vaquez en 1894.

Pas de globules à noyaux, pas de modification dans la quantité proportionnelle des diverses espèces de leucocytes. Les globules rouges sont augmentés de volume. Le malade meurt cachectique, avec de la dyspnée, de la fièvre, de l'œdème des membres inférieurs huit ans après l'apparition des premiers symptômes spléniques.

À l'autopsie, la rate, dégagée des adhérences très serrées qui l'entourent de toutes parts, apparaît énorme, mesurant 30 centimètres dans son diamètre vertical et 47 centimètres de circonférence; elle pesait 3 kil. 780 gr. Elle est enveloppée par une capsule devenue fibreuse dans la plus grande partie de son étendue, et présentant à certains points d'épais placards blanchâtres. De cette capsule partent de larges bandes fibreuses qui pénètrent la rate et la sectionnent en plusieurs lobes. En certains points, le tissu splénique semble transformé en tissu fibreux; en d'autres, il est farci de masses caséuses plus ou moins volumineuses à bords polycycliques, formant parfois de véritables blocs.

Cette rate présentait donc un mélange de lésions tuberculeuses et de lésions de sclérose.

Les lésions tuberculeuses étaient de tout âge : masses caséuses, sans structure, masses caséuses parsemées de quelques cellules géantes, follicules tuberculeux encadrés de sclérose, follicules tuberculeux simples. Malgré des examens répétés, nous n'avons pu déceler des

bacilles tuberculeux sur les coupes, comme le fait est fréquent pour les tuberculoses de la rate.

Les lésions scléreuses sont elles-mêmes complexes. Elles sont constituées d'une part par de grosses bandes de tissu fibreux adulte, hyalin, de l'autre par des faisceaux de sclérose pénicillée qui représentent le premier degré du processus. Quant au tissu splénique proprement dit, il n'en reste plus trace, les éléments nobles ont disparu sous la poussée des lésions anciennes. S'il n'y a plus de corpuscules de Malpighi, c'est qu'ils se sont transformés en follicules tuberculeux, comme le fait s'observe couramment dans la tuberculose de la rate (F. Bezançon); si l'on ne voit plus de cellules de la pulpe, c'est qu'elles ont disparu sous la sclérose envahissante.

Le foie, augmenté de volume, pesait 2 kil. 680 grammes. Il était à la coupe grasseux et de coloration jaunâtre. Il n'existait en aucun point de tubercules visibles à l'œil nu; mais au microscope, on constatait dans les espaces portes de nombreux tubercules histologiques, sous formes de follicules simples, ou de follicules entourés d'un anneau de sclérose.

Le pancréas est farci de noyaux caséux du volume d'un petit pois. Les reins sont semés de quelques granulations tuberculeuses. On constate dans les poumons des lésions de broncho-pneumonie. On n'observe de ganglions tuberculeux que dans l'épaisseur du grand épiploon et du mésentère et au niveau du hile du foie.

Dans le sang de la moelle osseuse, on constate la présence de globules nucléés qui disparaissent d'ordinaire après la naissance. La moelle osseuse est rouge et congestionnée.

En résumé, la rate de notre malade s'est comportée comme un gros ganglion tuberculeux. La tuberculose s'y est installée primitivement et y est restée localisée pendant de longues années, édifiait lentement, à bas bruit, sans grande réaction, des masses caséuses et du tissu de sclérose.

Une poussée granulique a marqué l'étape dernière; elle s'est portée surtout sur le foie. La chronologie comparée de la lésion splénique et de la lésion hépatique, nous montre une fois de plus, suivant la loi formulée récemment par M. Chauffard, quel rôle a joué la veine splénique dans la filiation du processus. Les bacilles venus de la rate semblent même avoir jalonné la route suivie par la veine splénique, en développant des tubercules au niveau du pancréas.

Enfin, un syndrome tout à fait particulier a été présenté par notre malade. Ce syndrome était caractérisé par la splénomégalie, l'hyperglobulie sans leucémie, la cyanose. Il était déjà noté dans la première partie de notre observation publiée en 1892 et, avec M. Vaquez, nous avons en 1895 attiré sur lui l'attention des cliniciens.

La rate, privée, nous l'avons vu, de ses éléments nobles devait dans le cas présent avoir perdu ses fonctions physiologiques. Peut-être faut-il chercher là la raison de l'hyperglobulie, ainsi que dans l'action vicariante d'autres organes hématopoïétiques, tels que la moelle des os. La présence de globules rouges nucléés constatés dans la moelle osseuse, en indique tout au moins la suractivité fonctionnelle.

M. Variot. Chez un enfant atteint de cyanose congénitale nous avons trouvé une hypertrophie splénique. Je ne m'expliquais pas ce fait; peut-être relève-t-il d'une même pathogénie que celui de MM. Rendu et Widal.

M. Vaillat. Ne pourrait-on expliquer l'hyperglobulie signalée à l'aide de cette notion bien établie que la rate est un centre de destruction des globules rouges? Si le tissu de la rate disparaît, comme dans le cas de MM. Rendu et Widal, il n'y aura plus destruction globulaire, d'où surabondance des hématies dans le sang.

Tabès à forme gastrique prolongée; syphilis juvénile. — M. A. de Manoussi. Le malade que je vous présente, et qui a été soigné dans le service de mon maître, M. Jacquet, est atteint de tabès à début gastrique.

À son entrée à l'hôpital, en dehors des symptômes gastriques, il présentait les signes suivants : le signe de Romberg, la perte des réflexes rotuliens, un placard d'anesthésie à la jambe droite, des douleurs fulgurantes, de l'inégalité pupillaire et des troubles iriens.

Le symptôme prédominant était cependant la gastro-pathie. Le malade a des troubles gastriques depuis un an et demi environ. Il souffrait régulièrement tous les jours après son repas, mais ne vomissait pas toujours. Les vomissements survenaient pendant deux trois jours, puis disparaissaient parfois pendant deux mois. Les douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité, les vomissements se rapprochèrent, mais il n'eut jamais de crise gastrique classique.

Traitement : régime lacté exclusif pris par petites fractions, cachets de belladone et de cocaïne à la dose de 4 centigrammes par jour; amélioration rapide.

Quinze jours après, on remarquait, parallèlement à l'amélioration gastrique, une régression des symptômes tabétiques. Le signe de Romberg, le placard d'anesthésie ont disparu; les réflexes rotuliens ont reparu tout au moins dans la position assise; les troubles iriens sont moins accentués.

Ce tabès, d'ailleurs, a eu pour cause une syphilis juvénile survenue à l'âge de quatorze ans, très bénigne. Il me faut signaler, cependant, en dehors de la syphilis, une tare nerveuse, le bégaiement.

M. Jacquet. Je tiens à faire remarquer l'action pure

de la syphilis, il n'y eut aucune autre infection. De plus, il y a un point tout particulier : il semble qu'il y eut une sorte de corrélation entre l'hypéresthésie de la muqueuse gastrique et l'anesthésie cutanée du membre inférieur; ces deux troubles de la sensibilité l'un en plus, l'autre en moins, disparurent en même temps, de façon à maintenir une sorte d'équilibre.

M. Mathieu. La sensibilité gastrique a des sièges différents suivant les causes qui l'ont créée. Quand la douleur se localise sur la grande courbure, elle est le résultat presque constant d'une gastrite éthylique; quand elle a son maximum dans un triangle limité par la ligne blanche, par une ligne horizontale passant au niveau des neuvièmes cartilages costaux, par le rebord costal droit, cette douleur est d'origine nerveuse, elle traduit une modification du plexus solaire.

M. Achard. Quand j'étais l'interne de M. Joffroy, à Bicêtre, nous avons soumis au régime lacté plusieurs ataxiques présentant des crises gastriques violentes et répétées. À la suite du traitement, les crises gastriques ont diminué de fréquence et d'intensité.

M. Rendu. Les autres symptômes tabétiques rétrogradent; serait-ce sous l'influence d'un traitement antisypilitique?

M. Raymond. La rétrocession des symptômes signalée par M. Jacquet est difficile à expliquer. Le plus souvent, cette rétrocession ne se produit que dans les cas de syphilis cérébro-spinale à forme tabétique.

Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant par la radioscopie. — MM. Variot et Chicotot. En l'absence de signes physiques, il est souvent difficile de préciser un diagnostic de pneumonie franche; dans de nombreuses observations, MM. Variot et Chicotot ont dévoilé par la radioscopie des foyers pneumoniques que l'auscultation et la percussion avaient été impuissantes à révéler.

9 Juin 1899.

Tuberculose primitive et massive de la rate. — M. Moutard-Martin. J'ai observé un cas qui semble presque calqué sur celui de MM. Rendu et Widal: même hypertrophie splénique, même nature des lésions, même tuberculose hépatique, enfin même hyperglobulie pendant la vie du malade; cependant pas de cyanose.

Ces cas sont d'un diagnostic difficile; quatre symptômes peuvent cependant les déceler: l'hypertrophie de la rate, le taux normal de l'urée, la leucocytose, l'hyperglobulie rouge.

M. Achard. J'ai également observé, avec mon interne, M. Castaigne, un cas comparable, mais non semblable.

Il s'agit d'un malade entré dans le service pour une phlegmatia alba dolens bilatérale, et qui fit une série de phénomènes infectieux, puis mourut. À l'autopsie, on trouva une rate énorme pesant plus de 1 kilogramme, bosselée, et, à la coupe, ressemblant tout à fait à une tumeur encéphaloïde. Les ganglions du mésentère étaient volumineux et ressemblaient à la tumeur splénique. Les examens histologiques montrèrent dans la plupart des coupes des zones de dégénérescence cellulaire, ne se colorant par aucun réactif, et c'est seulement, dans des zones très limitées que l'on put retrouver des tubercules et colorer des bacilles. Le sang ne présentait aucune modification notable, et il n'y avait pas hyperglobulie.

Ce fait diffère très notablement de ceux dans lesquels la splénomégalie est constituée surtout par une cirrhose tuberculeuse. La sclérose, loin d'être la lésion dominante, était ici assez peu développée. A noter, d'autre part, l'existence de nombreux foyers hémorragiques.

Ces lésions de tuberculose splénique sont assez fidèlement réalisées par la pathologie expérimentale. Chez le cobaye tuberculeux, la rate devient extrêmement volumineuse et cette augmentation n'est pas due à la sclérose ni à aucun développement excessif des tubercules; elle résulte principalement des hémorragies intra-spléniques, qui se font d'une façon diffuse dans presque tout le parenchyme.

Cette forme de tuberculose hémorragique et nécrotique mérite donc d'être isolée de la forme cirrhotique.

M. Netter. J'ai vu dernièrement un enfant que j'ai cru atteint de leucocytémie; mais actuellement je me demande si je ne dois pas réformer ce diagnostic. Il s'agirait peut-être de tuberculose de la rate.

M. Widal. Il serait prématuré de fixer une classification des tuberculoses spléniques. Cependant il est nécessaire de faire remarquer que dès maintenant on en connaît plusieurs formes: une forme granuleuse, une forme caséuse, et enfin une forme scléreuse qui est celle que nous venons de décrire.

De plus, nous savons que cette tuberculose primitive de la rate peut se propager au foie suivant les lois établies récemment par M. Chauffard.

Contribution à l'étude pathogénique du rhumatisme cérébral. — MM. A. Souques et J. Castaigne. Depuis l'emploi systématique du salicylate de soude dans tous les cas de rhumatisme articulaire aigu, il est rare que l'on ait l'occasion d'observer des cas typiques de rhumatisme cérébral; aussi, au point de vue pathogénique, ne sommes nous guère plus avancés qu'à l'époque où Ball et Besnier écrivirent leurs excellents articles. Sans doute, en se basant sur des notions de pathologie générale, applicables à toute maladie

infectieuse, les auteurs dont les travaux font actuellement autorité en la matière (Oettinger, Widal) ont pu supposer que le rhumatisme cérébral « résulte de la localisation sur l'encéphale d'un virus rhumatismal doué d'une action violente. » Mais, pour que cette théorie soit admise sans conteste, il faudrait, d'une part, que soit connu le microbe du rhumatisme, et que, d'autre part, ce microbe ou sa toxine aient été retrouvés dans l'axe cérébro-spinal, exclusivement dans les cas de rhumatisme cérébral. Depuis les recherches d'Achalme, il semble que la première partie du problème soit résolue et que nous connaissions le microbe, ou tout au moins l'un des microbes du rhumatisme. Reste à savoir, maintenant, si ce microbe ou sa toxine existent dans l'axe cérébro-spinal, au cours de l'encéphalopathie rhumatismale; c'est ce que nous avons essayé de rechercher dans une observation recueillie par nous dans le service de notre maître, M. Chauffard.

Il s'agit d'un homme de dix-sept ans, chétif, malingre, infantile, ayant eu, à l'âge de sept ans, une scarlatine qui lui a laissé des troubles fonctionnels du côté des reins. C'est le dernier né d'une famille de douze enfants: son père est mort aliéné à l'âge de quarante-six ans, et dix de ses frères ont succombé à la méningite ou à des convulsions internes (?), nous dit la mère; lui-même a toujours été très névropathe. Sa crise de rhumatisme articulaire débute d'abord d'une façon bénigne par des douleurs peu intenses aux deux genoux, mais progressivement l'arthrite se généralise et s'accroît, de telle sorte qu'à sa rentrée à l'hôpital, quinze jours environ après le début des accidents, il est atteint de rhumatisme de toutes les grandes articulations. Mais, point particulier, les jointures tuméfiées ne sont pas douloureuses, et le malade, dont la fièvre atteint près de 41°, a eu, la nuit précédente, du délire qui s'est amendé dans sa première journée de séjour à Cochin, mais qui reparait, furieux, la nuit suivante, en même temps que la fièvre augmente encore, si bien que quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital, le malade mourait, malgré que l'on eût, dès les premières heures, institué le traitement par la baignoire froide.

L'autopsie ne permit pas de constater de lésions importantes, sauf, toutefois, au niveau des reins atteints de néphrite atrophique lente des plus manifestes. Il n'y avait pas d'endopéricardite et macroscopiquement l'axe cérébro-spinal était à peine légèrement congestionné. L'état de putréfaction du cadavre ne nous permit pas d'étudier histologiquement les lésions fines des cellules; nous regrettons de ne pas avoir pu faire ces constatations et nous conseillons vivement leur recherche aux observateurs qui pourraient faire, dans de meilleures conditions, des autopsies de rhumatisme cérébral.

Les recherches pathogéniques que nous avons faites, et sur lesquelles nous voulons attirer l'attention, ont consisté dans l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien et de la sérosité de l'œdème cérébral, et dans la recherche de la toxicité du liquide céphalo-rachidien. Par la ponction de Quincke faite pendant la vie, nous obtînmes 12 centimètres cubes de liquide; aussitôt après la mort nous pûmes encore nous en procurer quelques centimètres cubes: des cultures furent faites avec ces deux prises, comme d'ailleurs on ensemença aussi le liquide recueilli par ponction cérébrale après trépanation faite aussitôt après la mort. Toutes les cultures furent négatives tant en milieux aérobie qu'anaérobie.

La toxicité du liquide céphalo-rachidien fut recherchée avec les 12 centimètres cubes recueillis pendant la vie par ponction lombaire: 6 centimètres cubes furent inoculés dans les deux hémisphères cérébraux d'un cobaye, en un quart d'heure environ; les 6 autres furent injectés de la même façon à un lapin. L'un et l'autre animal survécurent: la toxicité intra-cérébrale du liquide à cette dose était nulle.

Nous ne voulons pas tirer de conclusions anticipées de cette recherche de la non toxicité du liquide céphalo-rachidien, et nous nous contentons de signaler l'utilité de ce genre de recherches, en opposant toutefois cette toxicité nulle aux résultats positifs que A. Sicard a obtenus dans des cas de méningo-myélites tuberculeuses expérimentales, et que M. J. Castaigne a constatés avec du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint d'urémie convulsive.

Quant aux résultats négatifs de l'examen bactériologique, ils ne constituent pas un cas isolé, car Achalme (obs. I de son mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur*) rapporte une observation de rhumatisme cérébral suraigu dans laquelle le bacille pathogène fut retrouvé dans le sang et les articulations, et non dans le liquide céphalo-rachidien. En revanche, dans un autre cas (obs. IV du mémoire d'Achalme), le bacille existait dans le liquide céphalo-rachidien, sans qu'il y ait eu cliniquement des signes d'encéphalopathie. Il semble donc que la seule présence du bacille d'Achalme dans le liquide céphalo-rachidien ne suffit pas à produire des accidents cérébraux, de même que ces accidents peuvent apparaître alors même que le bacille n'existe pas dans l'axe cérébro-spinal.

Faut-il donc en conclure que le rhumatisme cérébral « ne résulte pas de la localisation sur l'encéphale d'un virus rhumatismal doué d'une action violente? » Telle n'est pas notre pensée, mais nous croyons que, de nos constatations, résulte la nécessité de rechercher dans tous les cas de rhumatisme, compliqué ou non d'acci-

dents cérébraux, l'état microbien et toxique du liquide céphalo-rachidien, afin de savoir si réellement la toxicité et l'infection de cette humeur sont plus fréquentes dans l'encéphalopathie que dans les cas de rhumatisme n'entraînant pas de complications cérébrales: dans le cas où la réponse serait positive, on aurait ainsi une forte présomption en faveur de la théorie toxico-infectieuse des accidents cérébraux.

Quant au cas que nous rapportons, il peut s'expliquer même en dehors de toute hypotoxicité des humeurs qui baignent les cellules de l'axe cérébro-spinal: il s'agit d'un homme qui, du fait de sa néphrite atrophique lente, avait une dépuraction rénale insuffisante, mais qui surtout était prédisposé aux complications nerveuses par son hérédité et par ce fait qu'il était lui-même un névropathe. Aussi, dès qu'il eut son attaque de rhumatisme articulaire aigu, c'est son point faible qui réagit le premier sous l'influence du virus rhumatismal, si bien qu'il mourut d'encéphalopathie avant d'avoir pu réaliser aucune autre complication, même pas l'endo-péricardite, si fréquente à cet âge.

Notre observation met donc en relief l'importance pathogénique de l'hérédité névropathique dans la production des accidents du rhumatisme cérébral. Mais nos recherches pathogéniques montrent, de plus, la nécessité de l'étude de la toxicité du liquide céphalo-rachidien, négligée jusqu'alors, et qui, jointe à l'état bactériologique de ce liquide, pourra permettre d'arriver à des données précises sur la véritable pathogénie du rhumatisme cérébral.

M. Widal. Dans toutes les attaques convulsives, de quelque nature qu'elles soient, le rôle au terrain est prépondérant. Un jeune homme, névropathe de par ses antécédents héréditaires et personnels, est atteint de néphrite aiguë, il profite de cette occasion pour faire une urémie convulsive typique.

M. Raymond. Ceci apporte un appoint aux théories de M. Féré, d'après lesquelles toutes les crises convulsives seraient, non pas épileptiformes, mais épileptiques proprement dites, avec des causes occasionnelles différentes, mais un terrain sous-jacent toujours prédisposé.

Délire alcoolique survenu après une opération abdominale. — M. Toulouse présente une note sur un cas de délire alcoolique d'origine thérapeutique survenu après une opération abdominale.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

26 Mai 1899 (suite).

Rétrécissement cancéreux du pylore et tétanic. — M. Bacalognu présente l'estomac, extrêmement dilaté et hypertrophié, d'un homme de quarante-huit ans. Au niveau du pylore existe une tumeur de la grosseur d'une châtaigne, dure, à bords caillés. Aucun noyau de généralisation dans le foie ou dans les ganglions. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma typique.

Quelques jours avant sa mort, le malade a présenté des accès de tétanie généralisée, provoqués surtout par l'ingestion des aliments. Il avait du trismus, de la raideur de la nuque, de la contracture des quatre membres et des convulsions légères dans les muscles de la face.

Grossesse extra-utérine occupant la portion interstitielle de la trompe. — M. Audion apporte l'utérus d'une femme de vingt-cinq ans, qui a succombé à une hémorragie péri-utérine, sans intervention chirurgicale. On a trouvé une grossesse extra-utérine de trois mois et demi environ; l'embryon, de 12 centimètres de longueur, occupait la portion utérine ou interstitielle de la trompe, situation très rarement observée.

Poches para-vésicales. — M. P. Guéniot montre deux poches, à parois épaisses, trouvées près d'une vessie en apparence normale. Les constatations nécropsiques sont trop peu précises pour qu'on puisse se prononcer sur la nature de ces pièces.

Sarcome de l'intestin chez un chien. — M. Pétit présente une grosse tumeur de l'intestin, entourée d'une série de tumeurs secondaires de l'épiploon, résultat de l'autopsie d'un chien. La tumeur, appendue à l'intestin, est creusée d'une cavité qui communique avec le conduit intestinal et qui contient un fragment d'os. Le tube digestif, à ce niveau, est fortement ectasié et renferme 200 à 300 fragments d'os.

Au microscope, il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes.

Tuberculose rénale. — MM. Toupet et Civatte présentent le rein d'un malade mort de granulie à forme typhoïde. On constate des granulations tuberculeuses confluentes en une zone pyramidale à base répondant à la périphérie de l'organe.

Malformation aortique: deux valvules sigmoïdes. — M. Civatte apporte le cœur d'un sujet de vingt-trois ans qui, depuis un mois seulement, avait présenté de la cyanose, sans asphyxie.

Il n'y a pas de communication anormale entre le cœur droit et le cœur gauche; l'orifice pulmonaire possède ses trois valvules; mais l'orifice aortique n'en a que deux, et ces sigmoïdes sont elles-mêmes altérées, de sorte qu'il y a vraisemblablement un peu d'insuffisance aortique.

L'état du canal artériel n'a pas été recherché.

Cirrhose avec lèpre, à type histologique monocellulaire chez un tuberculeux. — M. Ribierre présente des coupes de foie provenant d'un malade mort à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Proust.

Cet individu était entré à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques, de la fatigue, de la céphalalgie, survenus dans le cours d'une tuberculose pulmonaire à marche lente (depuis deux ans). Il présentait du subictère, qui alla en s'accroissant au même temps qu'apparaissaient une diarrhée incoercible et de la fièvre. Le foie et la rate étaient augmentés de volume. Pas d'ascite.

À l'autopsie, outre une tuberculose pulmonaire prédominante au sommet droit (petite caverne), on trouva un foie considérablement hypertrophié, pesant 2.140 grammes, très dur et résistant, infiltré de bile. À la coupe, on ne retrouvait aucune topographie rappelant la lobulation normale, mais, par places, de petits lobules jaunâtres, plutôt que de véritables granulations.

Les coupes microscopiques, pratiquées dans cet organe, ont montré qu'il s'agissait d'une sclérose à la fois péri-lobulaire et intra-trabéculaires, ayant abouti à la dissociation des éléments de la travée hépatique, en un mot, d'une cirrhose monocellulaire. Les bandes scléreuses sont, en certains points, infiltrées de cellules rondes; il y a de la dilatation des capillaires sanguins, mais pas de néocanalicules biliaires. Pas d'infiltration graisseuse des cellules hépatiques.

La rate était volumineuse, assez consistante, et pesait 350 grammes.

Il s'agit, en somme, d'une cirrhose difficile à classer, observée chez un tuberculeux, non syphilitique, non paludéen et non alcoolique.

Lésions expérimentales déterminées par l'intoxication par le sérum d'anguille. — MM. P. Jousset et Lefas ont observé, chez un lapin intoxiqué par des injections successives de sérum de sang d'anguille, des lésions du rein et du foie qui rappellent celles des infections aiguës et qui peuvent se résumer ainsi : nécrose vitreuse ou de coagulation et dégénérescence vacuolaire.

Cancer de l'estomac propagé au péritoine. — M. Sacquépède montre un cas de cancer de l'estomac, sans propagation ganglionnaire, avec localisation exclusive au péritoine de granulations secondaires. L'origine gastrite et néoplasique de l'ascite avait été méconnue, même après une laparotomie qui avait fait constater des granulations péritonéales et fait porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

2 Juin 1899.

Dilatation bronchique tapissée d'épithélium pavimenteux stratifié. — M. Poulain montre des coupes de la paroi d'une dilatation bronchique, sur lesquelles on voit très nettement un épithélium pavimenteux stratifié, détaché ou adhérent par places.

M. Letulle fait remarquer qu'on ne trouve pas, sur ces préparations, de basement-membrane; d'ordinaire cette couche existe dans la paroi des lésions bronchectasiques; c'est sur elle que sont implantées les cellules épithéliales.

Cancer de l'œsophage avec noyaux secondaires dans le foie et les ganglions. — M. P. Le-reboullet présente un rétrécissement cancéreux de l'œsophage avec envahissement secondaire du foie, énorme et bourré de noyaux pour la plupart ramollis, avec masses ganglionnaires médiastinales et péri-pancréatiques; son intérêt est dans la difficulté du diagnostic histologique. Ce n'est, en effet, que dans quelques coupes de la masse ganglionnaire péri-pancréatique que l'on peut retrouver la structure du cancer œsophagien avec amas épithéliaux pavimentaux en bandes, renflés par place et disposés concentriquement en globes épidermiques. Partout ailleurs, dans la tumeur primitive de l'œsophage et dans les noyaux secondaires du foie, on retrouve un aspect qui, à première vue, se rapproche beaucoup plus de la structure du sarcome globo-cellulaire; en certains points de la tumeur œsophagienne on distingue même un réticulum assez net, et alors l'aspect rappelle le lymphadénome. A un fort grossissement, on constate néanmoins que les éléments cellulaires sont, en réalité, des éléments épithéliaux, circonscrits par des travées conjonctives, qui, par places, donnent l'impression d'un carcinome alvéolaire. Il ne s'agit là sans doute que d'un stade d'évolution du cancer à la période d'envahissement, et on peut conclure nettement à un épithélioma de l'œsophage avec propagation secondaire.

Kyste chyleux du mésentère. — M. Letulle présente des coupes de la paroi d'un kyste chyleux du mésentère, opéré par M. Brun chez un enfant.

La paroi est constituée par des couches fibreuses conjonctives très riches en faisceaux musculaires lisses, en follicules lymphatiques et en vaisseaux lymphatiques. La face interne du kyste est tapissée par une couche unique de cellules endothéliales bien mises en valeur par l'imprégnation argentique.

Parmi les lésions microscopiques, il faut noter un état vacuolaire d'un grand nombre des cellules musculaires lisses.

Le noyau de la cellule très long, fort mince, flotte le plus souvent au milieu de la substance liquide claire incolore qui s'est logée dans la vacuole musculaire. La

technique suivie permet d'éliminer l'hypothèse d'un artifice de préparation.

Lésions du poumon consécutives à la rupture d'un anévrisme. — M. Nattan-Larrier présente les coupes du poumon d'un malade, mort de la rupture d'un anévrisme dans la bronche gauche. Cette rupture semble s'être faite en deux temps, à quatre ou cinq jours d'intervalle; l'étude du poumon montre, en effet, d'une part, des foyers récents; d'autre part, des lésions plus anciennes cutanées de foyers de broncho-pneumonie.

Perforation diastatique du colon ascendant. — MM. Gandy et Bu noir montrent la photographie et des coupes histologiques d'une perforation du colon ascendant. La pièce provient de l'autopsie d'une femme de soixante-huit ans, qui, après onze jours de phénomènes d'obstruction intestinale, mourut en trois heures avec les symptômes d'une perforation intestinale.

La cavité péritonéale est inondée de matières verdâtres, les anses intestinales distendues. Sur la face antéro-externe du colon ascendant, au point même d'union au cœcum, existe une perforation; le péritoine et la musculature sont rompus sur une étendue de plusieurs centimètres; la muqueuse qui occupe l'aire de cette déchirure est perforée d'un trou ovalaire à bords éfrangés. Aucune trace d'ulcération sur la face interne; ni hernie, ni rétrécissement sous-jacent, ni corps étranger.

Au microscope, absence de toute infiltration inflammatoire; éclatement successif de toutes les tuniques de l'intestin, de la séreuse à la muqueuse.

Le point perforé ici, est, suivant Heschl, le siège de prédilection de ces ruptures diastatiques de l'intestin.

Anomalie de l'orifice aortique. — M. Mantoux montre un cœur dont l'orifice aortique présente deux valves sigmoïdes, la troisième n'étant qu'esquissée par un éperon qui fait saillie dans l'un des nids de pigeon.

M. Letulle fait remarquer qu'il s'agit ici d'une véritable malformation, et non d'une déformation acquise. En plus de l'absence d'une des sigmoïdes, on note, en effet, une anomalie de l'origine des coronaires, qui naissent toutes deux au niveau d'une seule valve.

Sarcome du pouce. — M. Morestin présente une tumeur du pouce, ayant évolué pendant cinq ans, et entraîné une grosse adénopathie axillaire. Il s'agit d'un sarcome, ou plutôt d'un fibro-sarcome, car le tissu fibreux est très abondant sur les coupes.

Cirrhose hypertrophique sans lèpre, d'origine biliaire. — M. Lefas apporte des coupes du foie d'un malade entré dans un état qui simulait l'urémie, et qui n'était autre qu'un délire par auto-intoxication d'origine hépatique.

Il s'agit d'une cirrhose hypertrophique d'origine biliaire, avec rétention biliaire, en foyers limités. La rate était d'un volume moyen.

(A suivre.)

V. GIFFON.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Dionine.

La dionine est un chlorhydrate d'éthylmorphine, se présentant sous la forme d'une poudre blanche cristalline, de saveur légèrement amère, facilement soluble dans l'eau (14 pour 100), et l'alcool (73 pour 400).

D'après les recherches pharmacologiques et pratiques entreprises par J. von Mering, ainsi que les essais purement cliniques de O. Schröder et J. Körte (*Therap. Monatshefte*, 1899, Janvier, p. 33), la dionine, plus active que la codéine, constituerait un équivalent thérapeutique de la morphine, sans en avoir certains inconvénients. Ainsi, dans les maladies chroniques douloureuses, son emploi tout indiqué, à l'intérieur ou en injections, préviendrait bien des cas de morphinisme. Mais son action serait surtout à rechercher contre la toux et l'irritation bronchique, principalement chez les phthisiques; elle donne un calme général, un bon sommeil, facilite la respiration et paraît avoir une action favorable sur les sueurs nocturnes.

Mode d'emploi. Doses. — La dionine s'emploie aux mêmes doses que la codéine. On en donne à l'intérieur, par jour, 2 à 3 doses de 0 gr. 02, que l'on portera à 0 gr. 03 le soir. La dose pour injection sous-cutanée est de 0 gr. 15 à 0 gr. 03. Dans les cas de morphinisme les doses doivent être beaucoup plus élevées : 0 gr. 05 à 0 gr. 08 par injection et jusqu'à 1 gramme par jour; le plus souvent, cependant, on obtiendra des résultats avec des doses de 0 gr. 40 à 0 gr. 60.

On pourra formuler la dionine de la manière suivante :

℥ Dionine 0 gr. 30
Eau distillée 60 grammes.

1 à 2 cuillerées à café par jour dans un peu d'eau sucrée.

℥ Dionine 0 gr. 50
Sirop simple 100 grammes.

1 cuillerée à thé le soir.

℥ Dionine 0 gr. 30
Eau d'amandes amères }
Eau distillée } à 5 gr.

Prendre XX gouttes le soir.

Dionine 0 gr. 30
Extrait et poudre de réglisse Q. S. pour faire pilules n° 30.

Prendre 3 ou 4 pilules dans le courant de la journée ou bien 2 ou 3 pilules le soir.

℥ Dionine 0 gr. 15 à 0 gr. 30
Eau distillée 10 grammes.

Injecter le soir une demi-seringue à une seringue entière de 1 centimètre cube.

M. von Oefele recommande l'emploi, chez les phthisiques, de pilules dans lesquelles la dionine se trouve en même proportion que l'opium dans la poudre de Dover. Ces pilules sont composées de la façon suivante :

℥ Dionine 0 gr. 40
Poudre d'ipéca 0 — 10
Amidon 4 gr.
Blanc d'œuf Q. S.

Prendre, suivant les besoins, de 5 à 10 pilules par jour.

Prendre, suivant les besoins, de 5 à 10 pilules par jour.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — 14 Juin. — MM. Dubrisay, 15. — Paquy, 10. — Wallich, 17.

15 Juin (épreuve opératoire). — LIGATURE DE L'UMÉRALE AU PIED DU COUDE. DÉARTICULATION DU PETIT BOÛT ET DU 5^e MÉTACARPIEN. — MM. Dubrisay, 14. — Wallich, 14. — Macé, 14. — Brindeau, 14. — Schwab, 14.

Prochaine séance lundi, 19 Juin, à 5 heures, à l'hôpital Beaujon.

Les consultations dans les hôpitaux. — L'Administration de l'Assistance publique continue à rechercher les moyens propres à empêcher que les malades aisés bénéficient gratuitement des consultations des hôpitaux. Voici la lettre circulaire que le secrétaire général de l'Assistance publique vient d'adresser à ce sujet aux directeurs des établissements hospitaliers.

Monsieur le directeur,

L'Administration a autorisé, toutes les fois que le chef du service des consultations le demanderait, l'apposition, dans les services de consultation, d'affiches indiquant que les consultations sont réservées aux malades indigents et nécessiteux. Pour assurer l'exécution de cette mesure, je suis disposé à faire faire des affiches imprimées et à en mettre un certain nombre à la disposition des établissements pour être placardées dans les salles d'attente et dans les salles de consultation.

Je vous prie donc de me faire savoir d'urgence : 1^o si MM. les chefs de service des consultations ont exprimé le désir qu'un avis ou inscription quelconque fut placardé dans les salles de consultation pour rappeler au public que les consultations sont réservées aux malades indigents et nécessiteux; 2^o et, dans le cas de l'affirmative, quel est le nombre d'affiches dont vous avez besoin.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Commission médicale pour 1900. — Sont nommés membres de la Commission d'hygiène et de physiologie chargés de suivre les concours internationaux d'exercices physiques et de sports :

MM. d'Arsonval, Chauveau, François-Franck, Gley, Héricourt, Lamy, Langlois, Nocard, Charles Richet, Richard, Lemaire (de Compiègne), Perreau (de Saumur), Posth.

Société anatomique. — MM. Poulain, Pascal, De-cloux, Barbarin et Nattan-Larrier sont élus membres adjoints de la Société anatomique.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 23^e semaine, 1.013 décès, chiffre qui dépasse celui de la semaine précédente, 947, et la moyenne ordinaire des semaines de Juin, 862.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès. La rougeole, toujours assez fréquente en Juin (la moyenne des semaines de Juin est 25), atteint le chiffre de 40, dont 6 seulement dans l'ensemble des 10 arrondissements du centre. Les quartiers les plus atteints sont : Plaisance, Grenelle, Charonne, chacun 3 décès. La scarlatine a causé 7 décès (la moyenne est 4), la coqueluche, également, 7 (la moyenne est 8), la diphtérie 13 (la moyenne est 8).

La diarrhée infantile a causé 48 décès de 0 à 1 an (au lieu de 30 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 43). Les fortes chaleurs qui ont régné pendant une partie des deux semaines sont la cause de cette aggravation.

La grippe a encore occasionné 5 décès.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHREUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

CHLOR-ALBACIDE

COMBINAISON CHLORO-ALBUMINÉE
 (Chlorate d'Albumine)
 Spécialement indiquée dans le Traitement des
AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
 Excellent Antiseptique gastro-intestinal.



DOSE : 1,50 à 3 GRAMMES PAR JOUR (en Cachets, Comprimés ou Solution).

DYSPEPSIES

HYPOCHLORHYDRIE — CATARRHE CHRONIQUE

Brochures et Échantillons sur demande.
Martin REINICKE, 39, Rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.

F⁴⁴⁰ de FAUTEUILS et VOITURES mécaniques pour MALADES et BLESSÉS
 CANAPÉS-LITS, FAUTEUILS et TABLES A SPECULUM

Catalogue Franco sur demande

ELIAERS

9, rue Cujas, PARIS (PRÈS LA SORBONNE)



Table portative de D. Doléris / Table de D. Anard / Table assise de D. Pozzi / Table à spéculum de D. Schléan / Fauteuil spéculum de D. Bureau / Fauteuil articulé

Officiellement adopté dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expositions universelles 1878, 1885, 1889 et 1893.

Vin de Peptone Catillon PEPTONE CATILLON

30gr. viande, 0.40 Glycérophosphate par verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
 Très utile à tous les malades affaiblis.
Malades d'Estomac et d'Intestin, Consomptions, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
 Agréable dans un grog ou du lait sucré, 3 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif. 3 cuillères, 125 eau, 3 gout. laudanum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

En POUDRE, produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût, on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente 10 fois son poids à viande de bœuf.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DÉPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.
 L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.

Prix : Le Flacon 1 fr. 25

Le Flac. 2 fr.

Traitement de la Furonculose
 de l'Anthrax, de l'Acné, des Suppurations
 et des Affections de la peau

PAR

LA LEVURINE

Véritable dérivé et succédané
 de la Levure de bière

Ce produit, préparé par un procédé spécial, avec une levure type sélectionnée, présente sur les levures ordinaires, toujours variables et altérables, les avantages suivants :

EFFICACITÉ ET COMPOSITION CONSTANTES
TOLÉRANCE, FAIBLE VOLUME ET CONSERVATION
 (Voir Presse médicale, année 1899, nos 8, 39 et 46)

DOSE ORDINAIRE : Une cuillerée à café avant chaque repas dans de l'eau sucrée ou de la bière.

CH. COUTURIEUX
 PHARMACIEN-CHIMISTE
 EX-INTERNE ET CHEF DE LABORATOIRE DES HOPITAUX DE PARIS
PARIS — 3, rue Washington, 3 — PARIS
 TÉLÉPHONE 527-40

Huile de foie de morue synthétique

MORUINE SOUQUE

Préparé par E. FALIÈRES

Sous forme de poudre soluble dans l'eau, le lait, etc. Très agréable au goût. Assimilable en toute saison. Acceptée et tolérée par les estomacs les plus délicats. RECONSTITUANT GÉNÉRAL. Tonique des plus actifs n'ayant pas les inconvénients des vins, dilués, etc.

GLYCÉROPHOSPHATE DE QUININE FALIÈRES VÉRITABLE SEL PHYSIOLOGIQUE DE QUININE

Mieux absorbé et mieux toléré que le sulfate de quinine. Aussi puissant comme antituberculeux. Agit en outre comme reconstituant de la cellule nerveuse.

Sous trois formes : CACHETS..... FALIÈRES. à 0gr.25 / PILULES..... FALIÈRES. à 0gr.10 / De Glysérophosphate de Quinine pur

E. FALIÈRES à Cl. à Libourne et Pharmacies

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ et CHIMIQUE PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARGAUX, directeur, 1, rue Cassette.

PRESSE MEDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital saenné, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYEZ Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. *

SOMMAIRE

APPENDICITES AIGUES CHEZ DES TUBERCULEUX, par M. F. CATHÉLIN (avec 1 figure en noir). 297

MÉDECINE PRATIQUE

A propos du diagnostic et du traitement de la goutte aiguë, par M. R. ROMME. 299

ANALYSES

Obstétrique et gynécologie : De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la grossesse, par M. WEILL. 300
Parasitologie : La question de la fièvre bilieuse hématurique, par MM. MESSÉ et LE GUENNEC. 300

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie de médecine : Etude sur les éruptions mal caractérisées de la vaccine et leur signification, M. HERVIEUX. — La radioscopie et la radiographie, M. LABORDE. — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique secondaire, M. RICHELIEU. — Le rôle de l'héroïne dans l'étiologie de la tuberculose, M. GABRIEL. — Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles, M. MENDEL. 304

Société de biologie : Bactériologie de la méningite cérébro-spinale, M. NETTER. M. CHANTEMESSÉ. 304

Société française de dermatologie et de syphiligraphie : Traitement du lupus vulgaire, M. NÉLATON. MM. BROCC, NÉLATON, BROCC, NÉLATON, BROCC, FOURNIER, NÉLATON, BERNIER, NÉLATON, DU CASTEL, FOURNIER, BERNIER, NÉLATON, SAHOURAUD. — Dermatite pustuleuse en plaques, M. DANLOS. MM. BROCC, LEREBDRE, FOURNIER. — Glossite scléreuse syphilitique, MM. BAZER et GAUCHERY. MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, HALLOPEAU, FOURNIER. — Scrofelle et eczéma scrofelleux, M. BARTHÉLEMY. — Scrofelle en lamelles et en frites avec éruptions hémisphériques, M. HALLOPEAU. — Lymphangite tuberculeuse nodulaire, M. DANLOS. — Cas de dermatite polymorphe douloureuse, M. DANLOS. MM. BERNIER, LEREBDRE. — Hydrocysteome, M. DÉHU. — Lésions gommeuses tertiaires et chambre infectant, M. DE BEURMANS. — Scrofelle ou myxœdème ? M. DÉHU. — Sur un cas de lichen de Wilson en bandes, MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Quelles sont les limites de l'infection syphilitique ? MM. DE BEURMANS et DELHEM. 305

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie : Testicule développé dans l'épiploon gastro-hépatique, M. PAQUY. — Présentation de la radiographie d'un bassin qui avait été considéré à tort comme étant du type oblique ovulaire double, M. VARNIER. — Un cas d'inversion utérine spontanée, M. QUEIREL. MM. PINARD, SEGOND. — Deux kystes tubo-ovariens, M. LEGURE. — Suite de la discussion sur les opérations sur le col au point de vue obstétrical, M. LEGURE, MM. HARTMANN, SEGOND, LEPAGE, VARNIER. 306

Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie (session de 1899). (Suite.)
Communications : Du réflexe bi-auriculaire, M. LÉON EGGER. — A propos de 26 cas de sinusite traités par la méthode de Luc, MM. MOURK et JARRAS. — Epiphysème

unilatéral de la région fronto-orbitaire dû à l'action de se moucher, M. JOUCHERAY. — De l'emploi du mentho-phénoïcine en oto-laryngologie, M. BONAIN. — Sinusite de la face et dégénérescence myxomatieuse de la muqueuse nasale, traitées chirurgicalement et guéries, M. MOULIÉ. — Urticaire et odeurs, M. JOAL. — Emploi du carton d'amiant dans le traitement post-opératoire des syndromes nasales, M. BAR. — Cure radicale de sinusite frontale fistulisée, par résection de la paroi antérieure du sinus et de toute la voûte orbitaire, M. G. LAURENS. — Fistule orbitaire du sinus frontal avec lésions oculaires ; cure radicale obtenue par résection de toute la paroi antérieure du sinus et du plafond de l'orbite, M. GEORGES LAURENS. — Perforations tuberculeuses du voile du palais, M. GROSSARD. — Tuberculose de l'oreille moyenne, M. GARDIER. — Examen de l'oreille après la sympathéctomie chez l'homme, M. LANSOIS. — Note sur le catarrhisme de la trompe d'Eustache, M. ALBESPY. — Hypertrophie du tissu lymphoïde de la paroi latérale du pharynx, donnant l'aspect de quatre amygdales palatines, M. COLLINET. — Sur trois cas de polypes fibreux naso-pharyngiens extirpés par la voie palatine, M. MOUREL. — Zona pharyngien syndrôme chez un tabétique, M. ESCOFFER. — Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes (faits nouveaux), MM. RAOUL et THURY. — Production cornée de l'amygdale palatine (keratose localisée), MM. A. RAOUL et L. HOGNE. — Hypertrophie polypode de l'amygdale, M. TEXIER. — Méthode sclérotogène dans la tuberculose laryngée, M. CARREX. — Contribution à l'étude des paralysies laryngées, M. MILLON. — Laryngites hémorragiques, M. GEORGES GALLÉ. — De l'ablation endo-laryngienne des tumeurs et végétations du larynx, M. MAHU. — Traitement de la dysphagie dans les laryngites tuberculeuses par un produit de culture microbienne, M. LAVRAND. 307

Société française d'ophtalmologie (session de 1899). (Suite et fin.)

Communications : Lésions ophtalmoscopiques chez les lépreux, M. TRANTAS. — Les tumeurs kystiques bénignes de la glande lacrymale (Dacryops), M. SOURDILLE. — La phasie que traverse actuellement le traitement du décollement de la rétine, M. de WEGKER. — Amaurose et amblyopie quinique, M. ZANOTTI. — L'intensité lumineuse des couleurs dans l'achromatopsie totale hystérique, M. DE OSAGRIO. — Un cas de guérison spontanée de décollement de la rétine, M. KOFFER. — L'hétéroplasie orbitaire, M. VALDRE. — Remarques sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales, M. ROCHON-DUNOIS. — Les myotiques et le glaucome, M. JAVAL. — Hémorragie du vitre monolatéral à récédive, M. JACQUEAU. — Quelques cas d'héméralopie essentielle guéris par l'opothérapie hépatique, M. TRANTAS. — Du délire consécutif à l'opération de la cataracte, M. GUENNEC. — Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux, M. BOURGEOIS. 309

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie 309

VARIÉTÉS

A combien un étudiant revient à l'Etat. — Le *Lyon médical*, n° de Juin 1899, a calculé quel est le prix d'entretien d'un étudiant dans les Universités françaises. Les 15 Universités de Paris et de province ont une population scolaire de 27.080 étudiants, dont 12.057 pour

Paris. Elles dépensent par an 13.859.500 francs. L'instruction de chaque étudiant coûte donc 511 francs par an en moyenne. Dans ces dépenses, les revenus universitaires interviennent pour la somme de 2.093.700 francs; les legs, donations, subventions diverses, s'élèvent à une somme globale de 1.511.600 francs. L'Etat paye le reste, soit 10.254.000 francs ou 378 francs par étudiant.

L'Université de Lyon, pour sa part, dépense 1.310.600 francs; sa population scolaire étant de 2.335 étudiants, l'instruction de chaque étudiant coûte 561 francs. Les revenus universitaires entrent dans cette dépense pour 209.460 francs, soit moins de 100 francs par étudiant; le reste est fourni par l'Etat. D.

Le figuier de Barbarie plante productrice d'alcool. — Le figuier d'Inde ou de Barbarie (cactus opuntia) est très abondant dans la zone méridionale de l'Europe et dans les pays barbaresques. On le trouve également en grandes quantités au Mexique. A cause des épines nombreuses qui garnissent ses tiges, il sert surtout à former des haies dans ces pays. Il peut se cultiver avec la plus grande facilité. Ses fruits contiennent une assez forte proportion de sucre fermentescible. E. Rolans a étudié, à l'Institut Pasteur de Lille, quel pouvait être le rendement en alcool de ses fruits, et il donne le résultat de ses recherches dans le numéro de Mai des *Annales de l'Institut Pasteur*. Ses analyses lui ont montré que les figues de Barbarie peuvent fournir un rendement de 40 à 60 litres d'alcool à 100° pour 1.000 kilogrammes de fruits. Un figuier peut fournir 100 à 200 kilogrammes de fruits par an; on peut cultiver 90 pieds par hectare, ce qui permet d'obtenir une récolte de 9 à 18.000 kilogrammes de fruits, pouvant donner comme rendement de 360 à 720 litres d'alcool à 100° par hectare de terre planté de cactus. L'alcool fourni par les figues de Barbarie serait de très bonne qualité. D.

Voir les Nouvelles à la dernière page.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 28 Juin 1899, à 1 heure. — M. BARON : Considérations sur le saturnisme chez les alcooliques; MM. Potain, Lancereaux, Vidal, Teissier. — M^{me} WOLFENSON : Contribution à l'étude de l'acroparésie; MM. Potain, Lancereaux, Vidal, Teissier. — M. SALLÉ : Des déplacements du cœur par les épanchements pleuraux gauches au point de vue expérimental; MM. Potain, Lancereaux, Vidal, Teissier. — M. KAYSER : Etude clinique et rationnelle de quelques états morbides dépendant de la pathologie des fosses nasales et des sinus; MM. Potain, Lancereaux, Vidal, Teissier. — M. BOUCCARD : Du caféisme; MM. Potain, Lancereaux, Vidal, Teissier. — M. SPRING :

CARABANA PURGE GUÉRIT
VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

GUILLIERMOND SIROP
 1000-TANNIQUE
 AFFECTIONS PULMONAIRES — ALBUMINURIE — MALADIES de la PEAU
 VII^e ANNÉE. T. I. — N° 49. 21 JUIN 1899.

DRAGEES de FER COGNET
 Protocalate de Fer et Quassine cristallisée.
LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX
CONTREXEVILLE-PAVILLON
SAINTE-GALMIER BADOIT
HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

VICHY-CÉLESTINS
 "NEUROGINE PRUNIER" — Reconstituant général.
 Remplacer les Sels de Quinine par **KINEURINE MONCOUR** Flèvres. Névralgies.
ST-LÉGER, Docteurs, Internes, Étudiants, **GRATIS**.
 Écrire Paris, Compagnie de Pougues, 22, Ch.-d'Antin.

Le testicule dans la syphilis héréditaire: MM. Fournier, Landouzy, Gaucher, Schileau. — M. ROHLAND: La méthode de Czerny-Trunczek; ses résultats et ses indications; MM. Fournier, Landouzy, Gaucher, Schileau. — M. CORSTRAU: Rôle de l'obstruction des fosses nasales dans la pathogénie de l'emphysème pulmonaire; MM. Landouzy, Fournier, Gaucher, Schileau. — M. CORSET: Considérations sur la tuberculose musculaire et les altérations des fibres musculaires dans cette affection; MM. Tillaux, Pinard, Varnier, Walther. — M. BIÈRE: Quelques nouvelles observations d'infections puerpérales traitées par le froid; MM. Pinard, Tillaux, Varnier, Walther. — M. LARVEX: Sur un cas de tumeur mixte intraligamentaire; MM. Mathias-Duval, Joffroy, Gilles de la Tourette, Leguen. — M. DESIERS: Les récits imaginaires chez les hystériques; MM. Joffroy, Mathias-Duval, Gilles de la Tourette, Leguen. — M. NOUAILLE: Contribution à l'étude de l'hystérie sénile (hystérie chez les vieillards); MM. Joffroy, Mathias-Duval, Gilles de la Tourette, Leguen.

*Jeu*di 29 Juin 1899, à 1 heure. — M. ALLAIN: La profession médicale et les articles 1382 et 1383 du Code civil; MM. Brouardel, Guyon, Thoinot, Albarran. — M. ROUSSEL: Cancer du bassin et de l'uretère; MM. Guyon, Brouardel, Thoinot, Albarran. — M. BINOT: Etude expérimentale sur le tétanos; MM. Panas, Budin, Richelot, Wallich. — M. CANTIN: Relâchement des symphyse et arthralgies pelviennes d'origine gravidique; MM. Budin, Panas, Richelot, Wallich. — M. SALLEUX: Essai sur l'ostéomyélite rhumatismale; MM. Debouve, Chantemesse, Charrin, Roger. — M. EDOUARD: Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de sérum artificiel bichloré à doses intensives et éloignées (méthode de M. Chéron); MM. Chantemesse, Debouve, Charrin, Roger. — M. BARRIER: La fièvre typhoïde et l'hygiène à Troyes. La question des eaux; MM. Cornil, Proust, Wurtz, Thiroloix. — M. BARRÉ: Etude sur l'hygiène de la couleuvre; MM. Proust, Cornil, Wurtz, Thiroloix. — M. LESSÉ: Toxicité de quelques humeurs de l'organisme au point de vue expérimental et clinique; MM. Hutinel, Raymond, Ménétrier, Vidal. — M. LOUËAC: La tuberculose du pancréas; MM. Hutinel, Raymond, Ménétrier, Vidal. — M. BRUN: L'atlasie des tabétiques et son traitement; MM. Raymond, Hutinel, Ménétrier, Vidal.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 Juin 1899. — 3^e (1^{re} partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque: MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Lepage. — 1^{er}: MM. Mathias-Duval, Remy, Retterer. — 2^e: MM. Blanchard, Gley, Broca (André). — 3^e Oral (1^{re} partie): MM. Delens, Poirier, Wallich. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu: MM. Terrier, Reclus, Broca (Aug.). — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu: MM. Tillaux, Humbert, Delbet. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu: MM. Fournier, Gaucher, Méry. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker: MM. Lannelongue, Lejars, Schileau. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Necker: MM. Blum, Walthier, Maucclair. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Hayem, Lancereux, Dupré.

Mardi 27 Juin 1899. — 2^e (1^{re} série): MM. Mathias-Duval, Richelot, Lannois. — 4^{er} (2^e série): MM. Remy, Quenu, Poirier. — 2^e (Deuxième partie): MM. Gley, Blanchard, Retterer. — 3^e (Deuxième partie): MM. Debouve, Troisier, Charrin. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie. Salle de Matière médicale: MM. Chantemesse, Pouchet, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu: MM. Dieulafoy, Roger, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu: MM. Cornil, Achard, Thiroloix. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité: MM. Guyon, Le Dentu, Faure. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Charité: MM. Panas, Berger, Thiéry. — 5^e (Deuxième partie), Charité, MM. Jacoud, Proust, Ménétrier. — 5^e (1^{re} partie), Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 28 Juin 1899. — 1^{er} Oral (1^{re} partie): MM. Blanchard, Maucclair, Poirier. — 1^{er}: MM. Remy, Haoriot, Gley. — 3^e Oral (1^{re} partie): MM. Lannelongue, Terrier, Lepage. — 4^e: MM. Pouchet, Wurtz, Méry. — 1^{er}, Sages-femmes (1^{re} cl.): MM. Ribemont-Dessaignes, Farabeuf, Retterer. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié: MM. Blum, Lejars, Broca (Aug.). — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Pitié: MM. Reclus, Humbert, Delbet.

*Jeu*di 29 Juin 1899. — 1^{er}: MM. Remy, Quenu, Thiéry. — 2^e Oral (1^{re} partie): MM. Blanchard, Poirier, Langlois. — 3^e Oral (1^{re} partie): MM. Le Dentu, Berger, Bonnaire. — 3^e (Deuxième partie) (1^{re} série): MM. Dieulafoy, Troisier, Achard. — 3^e (Deuxième partie) (2^e série): MM. Grancher, Marfan, Méry. — 4^e, Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale: MM. Pouchet, Gley, Vaquez. — 2^e (Deuxième partie): MM. Mathias-Duval, André, Lannois.

Vendredi 30 Juin 1899. — 5^e (1^{re} partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque: MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1^{er}: MM. Poirier, Retterer, Schileau. — 2^e: MM. Desgrez, Blanchard, Rémy. — 4^e: MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 1^{er}, Sages-femmes (2^e cl.): MM. Mathias-Duval, Ribemont-Dessaignes, Lannois. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu: MM. Lannelongue, Delbet, Walther. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu: MM. Terrier, Broca (Aug.), Leguen. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu: MM. Hayem, Vidal, Dupré. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker: MM. Tillaux, Humbert, Lejars. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Necker: MM. Delens, Reclus, Maucclair. — 5^e (Deuxième partie), Necker: MM. Potain, Lancereux, Tessier.

Samedi 1^{er} Juillet 1899. — 2^e Oral (1^{re} partie), Salle n° 1 (Faculté): MM. Blanchard, Retterer, Langlois. — 2^e, Salle n° 2 (Faculté): MM. Mathias-Duval, Desgrez, Lannois. — 1^{er}, Sages-femmes (1^{re} cl.), Petit amphithéâtre: MM. Ribemont-Dessaigne, Thiéry, Langlois. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Necker: MM. Cornil, Thiroloix, Vaquez. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série),

Necker: MM. Chantemesse, Troisier, Marfan. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié: MM. Le Dentu, Richelot, Faure. — 5^e (1^{re} partie), Chirurgie (2^e série), Pitié: MM. Berger, Quenu, Albarran. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité: MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité: MM. Raymond, Hutinel, Vidal. — 3^e (1^{re} partie), Obstétrique, Clinique Tarnier: MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Juin 1899.

Etude sur les éruptions mal caractérisées de la vaccine et leur signification. — M. Hervieux, à propos d'un travail de M. Carteret, s'attache à démontrer que la fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie, en s'appuyant sur les expériences de l'auteur. Ces expériences ont consisté à recueillir sur un certain nombre de soldats le liquide que l'on considérait autrefois comme de la fausse vaccine et à l'inoculer à une génisse, puis à vacciner une seconde génisse avec le vaccin recueilli sur la première pour s'assurer si dans ce second passage le vaccin avait conservé toute sa virulence.

Une troisième expérience eut pour but de transporter sur des enfants et sur des adultes le vaccin fourni par la deuxième génisse, et dans ces différents cas on acquit la preuve que le vaccin primitivement prélevé sur des boutons de fausse vaccine avait récupéré toutes ses qualités virulentes. La fausse vaccine n'est donc, en réalité, que de la vaccine vraie, puisque, malgré son développement imparfait, elle peut, ou bien fournir au sujet qui la reçoit l'immunité qui lui manque, ou bien, s'il en est complètement dépourvu, lui la restituer tout entière.

La radioscopie et la radiographie. — M. Laborde rappelle les services rendus à la médecine par la radiographie et la radioscopie, et l'intérêt des travaux de MM. Barthélemy et Oudin sur ce sujet.

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique secondaire. — M. Richelot présente une maladie opérée de goitre Basedowien par M. Morestin. MM. Marie, Tillaux ont déjà vu disparaître à la suite de l'opération les symptômes de goitre exophtalmique par suite de l'ablation partielle du corps thyroïde. Dans le cas de M. Richelot, il s'agit d'une femme atteinte depuis longtemps d'un petit goitre qui s'accompagna secondairement d'exophtalmie et des autres symptômes de la maladie de Basedow. La résection partielle du goitre a fait disparaître ces symptômes.

Le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose. — M. Catrin. En faisant l'étude attentive des antécédents chez les tuberculeux, je me suis aperçu que le nombre des sujets présentant des antécédents héréditaires tuberculeux ne dépasse pas 19 pour 100.

Les quelques tuberculeux que j'ai réussi à guérir étaient tous des sujets qui ont consenti à séjourner à la campagne avec le repos le plus absolu.

L'altitude n'est donc pas le fait principal dans le traitement de la tuberculose par la cure d'air.

Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles. — M. Mendel présente un traitement des affections broncho-pulmonaires, et en particulier de la tuberculose basé sur les propriétés bactéricides des huiles volatiles. Son choix s'est porté sur les essences de thym, d'eucalyptus et de cannelle associées en solution à 5 pour 100 dans l'huile d'olive stérilisée et injectées dans la trachée. A ces substances, il joint suivant les cas le bromoforme, l'iodoforme, le gaiacol et le menthol. L'injection intra-trachéale, qui a déjà été employée par quelques médecins, est facile à pratiquer sous le contrôle du miroir laryngoscopique et ne provoque pas le moindre réflexe ni le moindre accès de toux, car la muqueuse trachéale est fort tolérante, et les zones réflexogènes comme l'épiglotte et le vestibule du larynx ne sont pas touchées par le liquide.

M. Mendel a traité par cette méthode dix-huit malades, dont seize tuberculeux, une bronchite aiguë et une dilatation bronchique; il pratiquait chaque jour une injection intra-trachéale de 9 centimètres cubes en trois seringues consécutives; les malades ont suivi un traitement de quinze jours à deux mois, quelques-uns sont encore en traitement.

Au point de vue symptomatique, les résultats sont la diminution ou la disparition très rapide de la toux et de l'expectoration, le retour du sommeil, de l'appétit et des forces, l'augmentation du poids.

L'auscultation ne fait pas constater de modification notable chez les tuberculeux du premier degré; par contre, chez ceux qui présentent des râles humides ou caverneux, on constate en huit ou quinze jours la diminution considérable, ou même la disparition totale de ces râles humides; en d'autres termes, l'assèchement rapide des bronches et des cavernes.

En définitive, il s'agit ici d'une inhalation intense qui s'effectue au sein même des organes respiratoires,

puisque l'huile injectée descend en suintant dans la trachée et s'étale au niveau de la bifurcation des bronches. Les émanations volatiles se dégagent, saturant l'air intra-pulmonaire et vont influencer la muqueuse respiratoire, aussi loin que pénètre l'air. D'où disparition des râles humides.

Si la submatité, la diminution respiratoire, les craquements, signes de début, ne varient pas, c'est que vraisemblablement les lésions correspondantes se trouvent en dehors du courant d'air respiratoire; mais ce traitement guérit la congestion qui les circonscrit.

M. LABBÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

17 Juin 1899.

Bactériologie de la méningite cérébro-spinale. — M. Netter. Le microbe que j'ai isolé dans plusieurs cas de méningite cérébro-spinale, observés dans ces derniers temps, reproduit absolument tous les caractères que lui assignent les descriptions successives de Weichselbaum, Goldschmitt, Jager, etc.; diplocoque intra-cellulaire, avec l'apparence de grain de café du gonocoque, se décolant par la méthode de Gram, poussant bien sur le sérum gélatiné de Loeffler, peu virulent pour les souris et les cobayes. J'ai, depuis le mois de Mars 1898, isolé le diplocoque de Weichselbaum dans douze méningites cérébro-spinales primitives. Je ne parle ici que des méningites dans lesquelles le microbe de Weichselbaum était à l'état pur, laissant de côté celles où il était associé au bacille de Koch ou à d'autres microbes.

Le diplocoque intra-cellulaire joue donc un rôle important dans la petite épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit actuellement à Paris, mais, j'insiste sur ce point, l'on ne saurait attribuer au diplocoque intra-cellulaire seul l'épidémie parisienne. Plus souvent que ce microbe, j'ai vu depuis 1898 le pneumocoque lancéolé typique (11 cas), ou un organisme en chaînettes (13 cas), qui est pour moi un dérivé du pneumocoque, sans parler des cas moins nombreux dans lesquels j'ai trouvé le streptocoque pyogène (7 cas) ou le staphylocoque aureus (3 cas). Mes recherches bactériologiques me permettent, d'autre part, d'établir que le diplocoque intra-cellulaire peut se rencontrer dans les méningites cérébro-spinales à une époque où rien ne permet d'admettre l'existence d'une épidémie.

Je pense donc, comme conclusion, que le pneumocoque lancéolé typique et que le microbe en chaînettes (streptocoque de Bonome), qui, pour moi, est un dérivé du pneumocoque, peuvent produire la méningite cérébro-spinale épidémique au même titre que le diplocoque de Weichselbaum. Il n'y a pas, au point de vue bactériologique, une méningite cérébro-spinale épidémique, mais des méningites cérébro-spinales épidémiques.

M. Chantemesse. Il faut tout d'abord bien spécifier que la maladie dont parle M. Netter et dont je parle est la méningite cérébro-spinale épidémique, maladie bien caractérisée par sa marche, son évolution, sa contagiosité, son épidémicité, et non pas une de ces infections quelconques qui produisent à l'état de cas isolés l'inflammation des méninges (streptocoque, bacille typhique, colibacille, etc., etc.).

La méningite cérébro-spinale épidémique a été attribuée par Weichselbaum à un diplocoque particulier. M. Netter soutenait autrefois l'opinion que ce microbe n'était pas un microbe spécial, mais seulement le pneumocoque de Talamon atténué. Il est bien évident que tout ce que nous connaissons de l'épidémiologie protestait contre cette assimilation et que quelques ressemblances plus ou moins vagues constatées dans les cultures artificielles de ces microbes ne pouvaient combler le fossé qui sépare, au point de vue épidémique, ce que nous savons du typhus cérébro-spinal épidémique et des affections pulmonaires ou aberrantes dues au pneumocoque de Talamon.

Aujourd'hui, si j'ai bien compris la communication de M. Netter, il revient sur sa première opinion, mais en partie seulement. Il admet qu'il y a dans la méningite épidémique un groupe qui dépend du microbe de Weichselbaum et un groupe qu'il continue à rattacher au pneumocoque plus ou moins atténué. C'est cette seconde proposition qui ne me semble pas suffisamment justifiée. Pourquoi considérer le microbe d'apparence plus ou moins lancéolé, capsulé, que l'on trouve dans ces cas de méningite, comme un pneumocoque atténué? Il diffère très profondément du pneumocoque ordinaire par un grand nombre de caractères bactériologiques que j'ai signalés dans un travail antérieur, et surtout par ses propriétés pathogènes à l'égard des animaux, qui ne sont pas du tout celles du microbe de Talamon. En revanche il se rapproche beaucoup du microbe de Weichselbaum et il est impossible de tracer entre lui et le précédent une ligne de démarcation bien profonde.

Comme conclusion, je crois qu'il y a une méningite cérébro-spinale épidémique dont l'agent pathogène est le diplocoque de Weichselbaum, caractéristique par ses propriétés pathogènes vis-à-vis des animaux. A côté, il existe d'autres méningites cérébro-spinales sans caractères d'épidémicité et pouvant être dues à d'autres microbes.

(A suivre.)

A. SICARD.

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE**

8 Juin 1899.

Traitement du lupus vulgaire. — M. Nélaton. Dans un certain nombre de cas nous sommes efforcés d'arriver à la guérison du lupus par une intervention chirurgicale qui fût aussi complète, aussi radicale que possible. Depuis quatre ans, les nombreux cas mis à notre disposition par les médecins de l'hôpital Saint-Louis nous ont permis d'obtenir certains résultats dont nous venons vous entretenir.

C'est surtout du lupus du nez et du lupus des joues que nous vous parlerons.

Le lupus du nez : parmi les cas opérés l'un remonte à quatre ans. Il s'agissait d'une lésion ayant détruit la face dorsale du nez et que M. Tenneson avait traitée par le chlorure du zinc. Le résultat que nous avons obtenu est assez bon, et d'emblée nous insisterons sur ce fait que les narines n'étaient pas atteintes par le lupus quand nous fut passée la maladie. La greffe par la méthode italienne nous semble dans des cas semblables le meilleur procédé. Il est à remarquer qu'à la suite de la greffe le lambeau, médiocrement nourri, présente assez souvent des phénomènes trophiques. Ces phénomènes, chez cette malade, accompagnent la menstruation et se traduisent par une assez vive congestion.

Voici par opposition un second lupus du nez qui nous fut envoyé par M. Besnier : la narine droite était détruite, la narine gauche envahie ainsi que la lèvre supérieure. Nous fîmes d'abord des cautérisations et des scarifications énergiques qui parurent guérir le malade, mais après un an la récurrence se produisit. L'exérèse sanguinante et l'autoplastie par la méthode italienne furent entreprises, l'opération dura d'un an. Le résultat plastique est laid. Aujourd'hui nous ne nous en étonnons plus : le squelette dorsal et les narines étaient détruites. Au point de vue du lupus on peut noter de rares nodules de récurrences chez ce malade. D'une façon générale il faut dans le lupus du nez intervenir sans ménagement dès la première tentative, mais, nous le répétons, autant on peut être satisfait quand les narines sont indemnes ou quand une seule est prise, autant le résultat plastique est déficieux quand les deux narines sont atteintes ou détruites.

Le lupus de la joue ; les cas que nous avons en vue comprennent les lésions de la totalité de la joue s'avancant vers l'angle de l'œil. Il faut enlever la totalité du derme lupique en circonscrivant le lupus à 6 millimètres en dehors de sa limite apparente; sur la plaie cruentée on applique des greffes de Thiersch. Jusque vers le sixième mois après l'intervention le résultat est laid; puis à peu tout s'arrange et l'on a après un an de beaux résultats.

Nous avons moins l'habitude des autres lupus, cependant dans un *lupus du pied* de la partie inférieure et antérieure de la jambe après quelques essais infructueux de greffe de peau de chien, nous en vîmes à la greffe de Thiersch. Nous recommanderons ici de ne pas faire la greffe sur une plaie granuleuse, mais de racler profondément avant l'application de la peau. Le résultat dans ce cas fut bon et le derme ne devint pas adhérent aux gaines tendineuses.

Nous considérons donc que la greffe de Thiersch peut dans ces cas rendre de grands services.

M. Brocq. Les résultats heureux que nous rapporte M. Nélaton nous incitent à lui demander s'il serait disposé à étendre le champ de son intervention aux sujets lupiques qui présentent d'autre part des lésions viscérales notables. Nous avons actuellement en traitement à l'hôpital Broca une jeune fille atteinte de lupus tuberculeux des deux joues à marche extensive. Bien que cette malade soit rendue à ses occupations et qu'elle y puisse suffire, elle n'en porte pas moins une tuberculose pulmonaire évidente et une tuberculose rénale qui s'est jugée, il y a quelques mois, par l'ouverture d'une cavité, amenant dans les urines, un flot de pus où l'examen microscopique permit de déceler le bacille de Koch. Nous n'osons rien entreprendre chez elle, malgré qu'elle continue à vivre de la vie commune. M. Nélaton considère-t-il ce fait comme pouvant être justiciable de l'exérèse ?

M. Nélaton. Nous avons toute tendance à ne regarder les tuberculoses comme opérables que quand il n'y a rien de viscéral. Cependant il est certain que nous ne sommes pas arrêtés par l'existence de quelques craquements au sommet quand l'état général de nos malades paraît satisfaisant. Mais où est la limite ? C'est un bilan à établir entre la quantité des lésions chirurgicales à opérer et la quantité et la qualité des lésions viscérales.

M. Brocq. Nous devons donc conclure qu'il n'y a pas de règle de conduite générale. Depuis que nous sommes entrés dans la pratique chirurgicale nous sommes arrivés à regarder comme particulièrement opérables par *exérèse totale* avec réunion immédiate, les petits lupus de la joue, et nous en observons en ce moment un cas qui nous semble très satisfaisant.

A côté de cela, nous sommes disposés, après ce que vient de dire M. Nélaton à faire pratiquer l'*abrasion totale* de lupus étendus en faisant suivre cette excision de greffes de Thiersch. C'est d'ailleurs la pratique de Lang en Allemagne. Mais nous ajouterons que c'est surtout aux lupus des parties latérales du visage que semblent s'ap-

pliquer ces opérations. Les lupus médians des lèvres, des narines, des paupières donnent de bons résultats sous l'action du scarificateur et de l'électro-cautére. La chirurgie, au contraire, leur est moins applicable.

M. Nélaton. Nous avons surtout voulu faire part de nos résultats sans en tirer encore de conclusion absolue. Nous avons opéré beaucoup de petits lupus, analogues à ceux que signale M. Brocq; pour ceux-ci nous n'avons pas de statistique, mais nous croyons que la proportion de non récurrence doit être de trois quarts.

Quant aux lupus étendus, traités par la méthode de Broca : grattage et cautérisation ignée, nous les avons toujours vu récidiver, sauf un. Nous dirons donc que le lupus, quelle que soit son étendue, et d'autant mieux qu'il est plus étendu, doit être traité comme un cancer.

A propos du lupus des paupières, quand nous l'opérons, nous sommes obligés de faire, pour réparer la perte de substance, l'emploi de la peau du front.

M. Brocq. L'opération des médecins de Saint-Louis et de M. Broca réussit beaucoup mieux sur le tronc et les membres qu'à la face. Les lupus de ces régions ont d'ailleurs une tendance à guérir beaucoup plus facilement. Mais, même incomplets, les résultats du grattage suivi de cautérisation sont encore d'un grand intérêt.

M. Fournier. Voici un jeune garçon atteint de lupus depuis l'âge de trois ans. Après une série de médications sans succès, il vint aux mains de Péan, qui lui fit un grattage profond et une série de greffes. Pendant six mois, l'enfant parut guéri, quand brusquement l'ulcération reprit tout son développement primitif. Nous aurons à revenir bientôt sur ce cas.

M. Nélaton. Le fait que cite M. Fournier est, lui aussi, en faveur de notre opinion : exérèse totale et greffe, mais non pas grattage et greffe. Péan n'avait pas employé le bistouri, nous ne voulons employer que lui.

M. Besnier. Le traitement chirurgical est entré dans une voie de progrès. Lorsque M. Berger opérât ici, il y a vingt ans, il ne faisait pas l'exérèse mais le curetage; la récurrence se produisait.

Revenant sur la question soulevée par M. Brocq, nous dirons que les lésions viscérales, ou même les lésions bacillaires graves non viscérales, ne nous semblent pas contre-indiquer absolument l'intervention. Nous avons vu une jeune fille atteinte d'arthropathie du genou d'origine tuberculeuse. Elle avait, à la même époque, des lésions du sommet accentuées. Elle fut amputée avec succès, et son état pulmonaire s'améliora jusqu'à la guérison. Six ans après, un petit lupus apparaissait à la joue; il fut traité et guéri. Il ne faut donc se laisser influencer par l'auscultation qu'autant qu'elle peut être en rapport avec d'autres phénomènes de déchéance grave. Peut-être l'état rénal que signalait M. Brocq est-il une raison d'abstention. En tout cas, il y a lieu d'attirer l'attention des praticiens sur cette question : de la valeur des signes physiques de la tuberculose chez les sujets qui ne sont pas arrivés à la cachexie apparente.

En dehors de la tuberculose, nous trouvons encore dans la syphilis, un puissant destructeur de la sous-cloison nasale. M. Nélaton peut-il nous donner, à ce sujet, quelques espérances de réparation.

M. Nélaton. Dans un cas comme dans l'autre, la réfection de la sous-cloison est à peu près impossible. Il nous semble que le mieux est d'emprunter un lambeau au poignet, et de demander ensuite à un constructeur de mettre toute son habileté à la confection d'un appareil orthopédique qui réalise le soutien de ces parties molles et qui leur restitue leur tenue normale.

M. du Castel. Nous avions précédemment peu de foi dans la thérapeutique du lupus par le calomel, mais voici un cas pour lequel nous n'avons pas osé réclamer les ressources de la chirurgie et que le calomel a beaucoup modifié. Il s'agit d'un lupus du nez, de la lèvre inférieure et de la paupière gauche, ulcéré en quelques points. Sous l'influence du calomel, l'amélioration se produisit très rapidement, la lèvre et le nez se sont dégonflés, il n'existe plus maintenant que quelques tubercules sur lesquels l'intervention sera beaucoup plus facile.

M. Fournier. Voici un second cas à joindre à celui de M. du Castel. Il s'agit du jeune homme dont nous vous entretenions tout à l'heure à propos de l'intervention par grattage et greffe. La lésion existe depuis l'âge de trois ans; nous avons dit qu'il fut apparemment guéri pendant six mois à la suite de l'intervention de Péan. Après ce temps, très rapidement, une ulcération reparut, occupant une grande partie de la joue, allant de deux centimètres au-dessous de la paupière jusqu'à 2 centimètres au-dessus du bord du maxillaire, limitée par des bords très irréguliers; le bord interne suit le sillon naso-génien. Nous n'avons trouvé chez lui aucune syphilis acquise ou héréditaire. Après l'avoir laissé reposer quelques jours, nous l'avons mis au calomel, à la dose de 3 et 5 centigrammes. Dès la première injection, l'amélioration se manifestait; il y avait quasi-guérison après la seconde. Au bout de dix-neuf jours, la guérison était complète. Aujourd'hui, il ne reste aucune ulcération; seuls existent les tubercules. Nous achèverons par les méthodes ordinaires de cautérisation répétée.

M. Besnier. L'âge de ce lupus, son étendue, sa réaction à l'action chirurgicale provient qu'il a de profondes racines. M. Nélaton l'opérerait-il ?

M. Nélaton. Ce cas nous semble opérable. Dans ce champ lupique à repopulation incessante, la cautérisation ne saurait aller assez loin. Il faut que le bistouri enlève le derme et l'hypoderme.

M. Sabouraud. Nous avons examiné histologiquement une des pièces chirurgicales de M. Nélaton, et nous avons constaté que le bistouri avait dépassé l'infiltrat lupique, ce qui n'arrive pas par d'autres méthodes.

Dermatite pustuleuse en plaques. — M. Danlos. L'appellation que nous proposons pour ce cas en indique assez la difficulté d'interprétation. La maladie remonte à quatre ans; on ne trouve à la malade aucun antécédent morbide syphilitique ou autre. Cette femme présente un ensemble de plaques rouges, disséminées sans ordre, au niveau desquelles se font d'incessantes éruptions de pustules. M. Fournier, qui a vu la malade, croit à de la syphilis à forme phagédénique superficielle; sous l'influence de cette idée, la malade a pris de l'iode et a subi 50 frictions mercurielles. L'iode, ayant semblé favoriser l'acné iodique, a été supprimé. Le mercure paraît avoir amélioré un peu la maladie, sans qu'elle ait cédé, et les pustules se reproduisent chaque jour sur les points primitivement envahis.

Une particularité remarquable de ce cas est l'extrême douleur provoquée par les pansements; nous avons dû, pour l'éviter, les renouveler le moins possible.

M. Du Castel a pensé à une forme anormale de la maladie de Duhring, mais nous n'avons, en cinquante jours, vu paraître qu'une seule bulle.

M. Brocq. Ce cas est difficile et demande une étude serrée. Nous ne croyons pas à la dermatite de Duhring ou à une variété de dermatite polymorphe douloureuse. La douleur est ici nulle spontanément. Les cicatrices ne rappellent pas celles de la dermatite polymorphe, qui sont lisses, souples, non profondes, non gâtées; on trouve des bulles à leur surface. On a décrit en Amérique une forme pustuleuse de la dermatite polymorphe, mais elle nous est inconnue en France, et nous ne saurions appliquer à ce cas cette interprétation.

M. Leredde. Nous avons trouvé ici quelques éosinophiles dans le sang, 5 à 6 pour 100, et des éosinophiles dans la bulle, mais en trop petit nombre pour plaider en faveur de la dermatite polymorphe.

M. Fournier. Nous revenons à l'idée de syphilis, car la méthode de traitement a beaucoup amélioré l'état général depuis un mois. Les cicatrices paraissent répondre à celles de la spécificité comme profondeur et comme pigmentation; l'amélioration impose l'idée de syphilis, d'autant que certaines syphilis résistent presque indéfiniment au mercure.

Glossite scléreuse syphilitique. — MM. Balzer et Gauchery. Cette malade, âgée de trente-trois ans, est entrée le 4 Mai dans notre service, pour une syphilis datant de sept ans. Elle n'eut aucun accident pendant cinq ans; en 1897, on constata des syphilitides tuberculo-ulcéreuses péri-buccales, les lésions linguales étaient légères. Après deux ans, elle revint dans le service. Actuellement, on constate des lésions cicatricielles et des syphilitides tuberculeuses et tuberculo-ulcéreuses péri-buccales et périanales; la langue est comme ficelée, elle présente des sillons très profonds. C'est une glossite scléreuse sans gomme concomitante appréciable. Cette sclérose est surtout remarquable par sa résistance au traitement, qui amène chez elle toutes les autres lésions.

M. Barthélemy. La langue scléreuse est exceptionnellement chez la femme. Sur 43 cas que nous avons réunis, il n'y a que 2 cas de cette lésion chez elle. Elle présente ce remarquable caractère d'être aussi indifférente au traitement que la gomme y est sensible.

M. Fournier. Un traitement qui donne de bons résultats dans ces cas, est le traitement hydrominéral d'Uriage combiné aux frictions à 12 ou 16 grammes. Mais de tous les traitements, le meilleur est l'injection de calomel.

La sclérose linguale n'est pas le seul phénomène spécifique qui soit rare chez la femme; la sclérose cérébrale ne l'atteint qu'exceptionnellement, sans que l'on puisse invoquer l'influence des professions, car la même proportion se retrouve chez les ouvriers manuels, que leur intellectualité devrait cependant mettre à l'abri à l'égal de leurs femmes. Il en est de même du tabes.

M. Hallopeau. Nous croyons être utile à ces malades en leur faisant sucer toutes les demi-heures une pastille de sublimé de 1 décimilligramme. Nous avons obtenu, sans accidents de coloration dentaire, la rétrocession de glossopathies accentuées.

M. Fournier. Les dents peuvent noircir par ce moyen, aussi ne l'employons-nous pas.

Séborrhée et eczéma séborrhéique. — M. Barthélemy. Nous voulons vous entretenir d'une série de cas qui paraissent constituer les échelons de passage de la séborrhée à l'eczéma séborrhéique.

Notre premier cas a trait à une femme de trente ans, hystérique, qui présente des lésions constitutives par une sorte de carapace rugueuse, rappelant l'aspect de l'écorce d'arbre. Au-dessous de cette croûte, il n'y a aucune rougeur de la peau. Elle tombe et se reproduit tour à tour. La production de cette croûte coïncide avec les crises hystériques. Ce cas pourrait, à ce point de vue, être rapproché de celui qui a publié Mitchell et dont l'analyse est insérée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de Janvier 1899.

Le second malade présente des croûtes granuleuses grasses au toucher, la peau est rouge au-dessous d'elles. Sur le reste du corps on peut noter de la séborrhée simple. Cet état dure depuis trois ans.

Dans notre troisième cas, les squames sont très superficielles, mais elles recouvrent des taches rouges

disséminées. La disposition des squames, à base rouge de la lésion a fait penser au médecin du malade qu'il s'agissait d'un psoriasis. Nous l'avons guéri rapidement par les médications de l'eczéma séborrhéique.

Notre dernier cas a trait à une lésion existant chez un enfant de douze à quinze mois; sur le fond séborrhéique apparaissent de larges placards rosés, présentant un bord de trois à quatre centimètres de large qui rappelle la tricophytie.

La marche de ces lésions, leur réaction au traitement nous incitent à penser qu'elles ont une origine externe sans doute parasitaire. Nous les traitons de la façon suivante : le soir, application de pomades soufrées, le lendemain, savonnage et application d'huile résorcinée. Dans tous les cas, la guérison s'est produite en un temps qui a varié de huit jours à six mois.

Sclérodémie en bandes et en aires avec éruptions bulleuses et lichéniformes. — M. Hallopeau. Ce fait présente comme particularités, d'abord la multiplicité des lésions, qui intéressent toutes les parties du corps, leur polymorphisme, les unes représentant des plaques de morphée, d'autres, de vastes nappes ou des rubans; en second lieu, le contraste entre les parties décolorées et dures et les parties pigmentées et molles, celles-ci représentant la zone d'envahissement; en troisième lieu, la production d'éruptions bulleuses; enfin, l'intensité du prurit et la singulière analogie de plusieurs groupes d'éléments avec ceux du lichen atrophique, analogie telle qu'elle conduit à se demander si ce lichen atrophique n'est pas lui-même une sclérodémie et à invoquer ce fait en faveur de l'origine trophoneurotique du lichen de Wilson.

Lymphangite tuberculeuse nodulaire. — M. Danlos. Il s'agit ici d'un bacillaire par cohabitation dont le poumon est pris et qui présente à la fesse une plaque de tuberculose près de l'anus. Au niveau de l'index gauche, le malade a une localisation tuberculeuse qui est devenue le point de départ d'une lymphangite nodulaire. Ce malade a été hémiplegique du côté droit; il a dû, à cette époque, employer la main gauche, et c'est sans doute ainsi que s'explique cette inoculation assez anormale de l'index gauche. On trouve le long du trajet des lymphatiques de petits renflements échelonnés de place en place.

Cas de dermatite polymorphe douloureuse. — M. Danlos. Le malade que nous vous présentons est entré dans le service avec de tels signes de grattage que nous avons pensé d'emblée au parasitisme. Cependant, il a été impossible d'en déceler la moindre trace. Depuis dix-neuf jours se développent des bulles et toute la peau est le siège d'un violent prurit. Les bulles, le prurit et le polymorphisme des lésions cutanées font considérer ce cas comme appartenant à la maladie de Duhring.

M. Besnier. Le malade eût été certainement regardé avant l'éruption de ces bulles comme atteint de dermatose parasitaire ou de prurit sévère, avec d'autant plus de vraisemblance que toute l'étendue de son tégument présente des traces de lichénification.

M. Leredde. La maladie de Duhring est certaine chez cet homme au point de vue hématologique.

Hidrocystome. — M. Déhu. Nous présentons un cas typique de l'affection bien décrite par Robinson, puis par M. Thibierge, sous le nom d'hydrocystome. Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans, chez laquelle l'affection a débuté il y a huit ans. En 1893, elle a été soignée par M. Thibierge, qui a fait exécuter un moulage reproduisant l'aspect de la face à cette époque. Depuis, les lésions sont devenues beaucoup plus confluentes; elles sont surtout localisées au niveau de l'espace intersourcilier, à la partie supérieure des joues et sur les paupières inférieures. Ce sont de petites saillies isolées ou agglomérées en forme de perles demi-transparentes de consistance dure et de la dimension d'un petit grain de chènevis. Au milieu de quelques-unes de ces saillies on aperçoit, dans la profondeur, une tache bleu noirâtre. Ces lésions diminuent pendant l'hiver, sans toutefois disparaître jamais complètement, et elles augmentent notablement quand la malade s'expose à la chaleur ou quand elle se trouve dans une atmosphère saturée d'humidité, par exemple : quand elle va au lavoir ou que le temps est pluvieux. Dans ces conditions, l'hyperhidrose devient très intense et la face de la malade ruisselle de sueur.

Un point sur lequel nous appelons l'attention, c'est la présence, chez cette femme, de naevi multiples de la face, coïncidant avec les kystes sudoraux. Au dire de la malade, deux de ces naevi dateraient de l'enfance, tandis que les autres se seraient développés en même temps que les petites tumeurs kystiques. Ce fait semble indiquer que, dans la pathogénie de cette affection, on doit faire intervenir d'autres facteurs que de simples troubles fonctionnels des glandes sudoripares, et, au lieu de considérer avec la majorité des auteurs anglais les lésions de l'hydrocystome comme des dilatations kystiques par oblitération des pores sudoraux, nous pensons qu'il s'agit plutôt de véritables néoplasies épithéliales, ayant leur origine dans une malformation congénitale de l'épiderme.

Lésions gonococques tertiaires et chancre infectant. — M. de Beurmann. Nous présentons le moulage de deux lésions, si identiques dans leurs caractères, qu'il est impossible de les différencier par le seul examen local. Il y a donc grand intérêt à interroger toujours

les malades sur leurs antécédents avant de porter le diagnostic de chancre infectant devant de semblables lésions.

Sclérodémie ou myxœdème? — M. Déhu. Nous ayons l'honneur de présenter à la Société un malade du service de M. le professeur Dieulafoy. Au moment de son entrée à l'hôpital, il y a un mois, ce malade, âgé de cinquante-cinq ans, offrait un ensemble de symptômes qui faisait hésiter le diagnostic entre le myxœdème et la sclérodémie. Sur toute l'étendue du corps, la peau était considérablement épaissie et indurée, à tel point qu'on pouvait difficilement la saisir et la plisser entre les doigts. On avait bien la sensation d'un œdème, mais d'un œdème dur, élastique, ne gardant pas l'impression du doigt. Il existait, en outre, un érythème très marqué et une pigmentation généralisée de tout le tégument. Sur toute l'étendue des membres, l'épiderme était sec et rugueux. Les mains, un peu déformées par le rhumatisme chronique et incapables de se refermer sur elles-mêmes, étaient froides, violacées, en état d'asphyxie locale. La peau, tendue, luisante, avait, au niveau des phalanges, une consistance cartonnée; mais les doigts n'étaient ni épaissis et boudinés comme dans le myxœdème typique, ni amincis et fuselés comme dans la sclérodactylie confirmée. Aux pieds, les modifications des téguments étaient analogues à celles des mains, mais moins accentuées. La face n'était pas non plus élargie et bouffie comme dans le myxœdème; sur le dos du nez, aminci et légèrement effilé, et sur les parties adjacentes des joues, on remarquait une sorte de plaque décolorée au niveau de laquelle la peau était infiltrée et indurée. Enfin, il existait sur le thorax, sur les flancs, à la partie supérieure des cuisses, une multitude de petites taches blanches isolées ou fusionnées, et donnant, en raison de la pigmentation exagérée du reste des téguments, l'impression de plaques de vitiligo; mais, en y regardant de près, on reconnaissait qu'il ne s'agissait pas de simples troubles de pigmentation, mais bien de véritables cicatrices. On constatait, en effet, sur un grand nombre de points, de petites excoriations croûteuses, vraies escarres épidermiques qui, une fois détachées, laissent à leur place des cicatrices décolorées. Au point de vue intellectuel, le malade est un *minus habens*, et, en l'interrogeant, on ne peut obtenir de lui aucun renseignement. Ses mouvements sont raides et maladroits, et, depuis deux ans, il ne peut faire aucun travail.

Le pouls est normal et l'analyse de l'urine ne dénote aucun trouble appréciable.

Actuellement, un mois après son entrée à l'hôpital, sous l'influence du repos et du traitement thyroïdien administré à faibles doses, le malade est notablement amélioré. L'œdème dur et l'érythème ont surtout considérablement diminué. Mais d'autre part, l'état des mains est resté à peu près sans changement; la pigmentation et les surfaces cicatricielles n'ont subi aucune modification et les petites nécroses épithéliales continuent à évoluer sur un grand nombre de points. A quelle cause doit-on rattacher toutes ces manifestations? s'agit-il d'un myxœdème anormal, d'une sclérodémie fruste, ou d'une sorte de combinaison des deux processus? Ou bien a-t-on affaire à des troubles trophiques d'une autre origine? L'examen histologique nous apportera sans doute quelques éclaircissements, mais en attendant je serais heureux d'avoir au sujet de ce malade l'opinion des membres de la Société.

Sur un cas de lichen de Wilson en bandes. — MM. Hallopeau et Gardner. Les éruptions linéaires correspondant *grosso modo* à des trajets nerveux : les unes sont des naevi; les autres offrent des caractères particuliers n'appartenant à aucune autre dermatose; d'autres sont nettement psoriasiformes ou lichéniformes; chez l'enfant que nous présentons il en est ainsi. Ces lésions persistent malgré tous les traitements. Ces localisations ne peuvent s'expliquer que par l'union de parties développées aux dépens de bourgeons embryonnaires distincts, dont les influences trophiques s'additionnent et donnent lieu ainsi, soit à des hyperplasies naeviques, soit à des *loci minoris resistentie*.

Quelles sont les limites de l'infection syphilitique? — MM. de Beurmann et Delherm. Ce n'est pas une question que nous prétendons trancher; nous voulons seulement la poser et attirer sur quelques phénomènes particuliers de la syphilis, de l'hérédité syphilitique et de la parasymphilie, l'attention de la Société.

Certains sujets semblent réfractaires à la syphilis. Le sont-ils réellement? Ceux que nous avons pu observer nous ont paru pouvoir être considérés comme des syphilitiques héréditaires n'ayant que peu ou pas de stigmates; les autres ont été infectés et n'ont pas présenté d'accidents.

A côté de cette catégorie, et par antithèse, se place celle des syphilitiques doublés. Quelques rares faits bien observés semblent prouver que le syphilitique héréditaire peut au cours de son existence être atteint de syphilis acquise. Il semble de même que certains sujets aient été syphilitisés deux fois dans leur vie. Y a-t-il donc un point où le sujet, sans perdre tous les effets d'une première atteinte, a cependant échappé à l'immunité? A quel moment, dans quelles conditions se fait cette transition du syphilitisé immunisé au syphilitisé qui ne l'est plus? Y a-t-il en un mot des limites à l'infection syphilitique?

Un autre point intéressant et l'étude de la syphilis

acquise ou héréditaire dans ses rapports avec le tertiariisme vrai ou avec le tertiariisme de la parasymphilie. Et dans le même groupe de faits doivent se ranger ceux des syphilitiques héréditaires qui sont réinfectés et qui font ensuite, sans chaînon intermédiaire, du tertiariisme ou de la parasymphilie. Dans tous ces cas de tertiariisme, sans chaînon, de tertiariisme seule manifestation de la syphilis, ne doit on pas faire rentrer, à côté du tertiariisme vrai, de la gomme, les accidents de parasymphilie tels que le tabes, la paralysie générale, etc... et tout particulièrement, les anévrysmes. La préférence marquée de la syphilis pour le système artériel nous fait nous demander si chez un héréditaire qui a perdu le bénéfice de l'immunité, qui a dépassé cette limite de la syphilis, il n'existe pas déjà un état spécial des tissus, indéterminé et impossible à déterminer jusqu'ici, état sur lequel viendra se greffer l'action morbifique d'une nouvelle syphilis alors modifiée dans sa marche par la première action alterante. Telles sont les questions sur lesquelles nous voulions attirer l'attention.

E. LENGLET.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE

2 Juin 1899.

Téatome développé dans l'épiploon gastro-hépatique. — M. Paquy. Il s'agit d'un téatome au volume du poing développé dans l'épiploon gastro-hépatique d'un fœtus mort-né de huit mois et demi environ. Cette tumeur remplissait presque complètement la cavité abdominale. Elle avait refoulé le foie à la partie supérieure et l'estomac à droite; le duodénum passait en diagonale au-devant d'elle pour aller rejoindre le reste de l'intestin grêle situé derrière la tumeur. De consistance molasse, elle était bosselée, rougeâtre à sa partie supérieure, bleuâtre vers le milieu et blanche à la partie inférieure. L'examen histologique a montré qu'elle était formée d'îlots de cartilage, de glandes à épithélium cylindrique, de nombreuses cellules embryonnaires et de vaisseaux sanguins néoformés. De place en place, on trouve des foyers hémorragiques. Il s'agit donc là d'un cas d'inclusion embryonnaire. Au début d'une grossesse gémellaire univitteline; l'un des embryons, représenté actuellement par la tumeur, est venu se greffer à l'aide de son allantoïde, sur l'intestin primitif et sur la suture mésentérique qui lui servait de pédicule, du second embryon. Ultimeurement, lors de la formation des somatopleures, le second embryon a enfermé le premier dans sa cavité abdominale.

Présentation de la radiographie d'un bassin qui avait été considéré à tort comme étant du type oblique ovalaire double. — M. Varnier. La femme dont il s'agit avait déjà subi, heureusement, une opération césarienne, l'examen clinique ayant conduit M. Maygrier à considérer que la viciation était beaucoup trop prononcée pour permettre un accouchement par les voies naturelles, ce bassin semblant aplati dans toute sa hauteur.

L'examen, à l'aide des rayons Röntgen, a montré à M. Varnier que ce bassin n'avait aucune analogie avec le bassin de Robert; qu'il était parfaitement symétrique, mais aplati et généralement rétréci; qu'enfant, cette femme était parfaitement capable d'accoucher par les voies naturelles après symphyotomie.

Un cas d'inversion utérine spontanée. — Communication faite au nom de M. Queirel (de Marseille). L'accouchement d'un enfant vivant pesant 3.500 gr. se présente rien de particulier, sinon que, pendant la grossesse, l'utérus était fortement dévié à gauche. Après la sortie de l'enfant, le placenta fut retenu par les membranes; et, la femme poussant énergiquement, malgré la défense qu'on lui en fit, l'utérus fut refoulé sans difficulté, et on vit une grosse tumeur apparaître à la vulve.

Cette observation présente ceci d'intéressant, c'est qu'il ne fut fait ni expression utérine, ni traction sur le cordon, et que les efforts seuls de la femme ont suffi à produire une inversion complète par pression des viscères sur le fond inerte et déprimé en cupule sur le utérus s'insérât le placenta.

M. Pinard a vu deux cas seulement d'inversion utérine. Il déplore l'insuffisance que présentent les traités d'accouchement relativement au mode de traitement de cette redoutable complication de la délivrance caractérisée, cliniquement, par l'apparition d'un ananas entre les cuisses de l'accouchée, cet ananas étant coiffé d'un gâteau rouge formé par le placenta.

On doit songer à l'inversion utérine quand la femme présente pas, au palper, de globe de sûreté; qu'il n'y a pas d'écoulement de sang; et qu'enfin la femme présente des tendances syncopales.

Pour M. Pinard, quand on se trouve en présence de cet ananas, qui est alternativement blanc et rouge suivant que l'utérus se contracte ou non, il faut d'abord décoller le placenta.

Ensuite on réduira l'utérus dans le vagin, en le prenant à pleine main au centre.

Quand l'ananas sera devenu vaginal, on pressera doucement sur le fond de l'utérus avec plusieurs doigts jusqu'à ce que la réduction soit complète; on fera alors

des injections chaudes, car le fond a une grande tendance à retomber.

M. Pinard a procédé ainsi dans les deux cas qu'il a observés, et les suites de couches ont été normales.

M. Segond fait remarquer que les temps de cette réduction, sont les mêmes que pour la réduction utérine chirurgicale.

Dans trois cas d'énucléation de fibromes avec inversion complète de l'utérus, après section transversale bilatérale, il ne lui a été possible de réduire l'ananas qu'après l'avoir refoulé dans le vagin.

Deux kystes tubo-ovariens. — M. Legueu. Je présente deux kystes tubo-ovariens que j'ai enlevés, par la laparotomie, sur une femme de trente-six ans.

Cette malade avait été prise brusquement trois jours avant de périr, alors que rien jusqu'alors n'avait attiré son attention.

Elle avait, quand je la vis, une température de 39°5, le pouls était à 130, le faciès péritonéal; la sensibilité du ventre était telle qu'il était impossible de pratiquer l'exploration; sous le chloroforme, on sentait deux kystes ovariens assez volumineux que je supposai tordus.

La laparotomie permit d'enlever deux kystes supérieurs, mais non tordus; celui de gauche était enclavé, celui de droite avait un large pédicule.

La trompe se dessine à la surface de ces tumeurs; mais en suivant son calibre, perméable dans toute son étendue, on voit la trompe s'ouvrir largement dans la cavité du kyste; cette disposition est la même des deux côtés. Le pavillon de la trompe ne se voit qu'à la surface interne des poches, où il se reconnaît grâce à ses franges; celles-ci se perdent à la surface de la poche, et on ne peut dire où commence le kyste, et où finit la trompe.

Cette communication, éloignée sans doute, a été le point de départ de la suppuration des kystes. Malgré que la trompe soit perméable, le développement du kyste appliquait les parois de la trompe l'une contre l'autre, et effaçait presque son calibre, ce qui empêchait le kyste de se vider par l'utérus.

Suite de la discussion sur les opérations sur le col au point de vue obstétrical. — M. Legueu. La première observation qui a été rapportée au début de cette discussion, est due à une détestable technique; beaucoup d'autres sont analogues. Ces faits sont un avertissement salutaire, mais ne prouvent rien.

Cependant, même entre des mains compétentes, les opérations anaplastiques sont délicates; car on peut faire trop peu (ébarbement) ou trop (délabrement).

Quant aux opérations bien faites, elles ne peuvent guère causer de désastres, ainsi que le prouve la thèse de Peschet.

Il y a généralement obstacle à la dilatation; quelquefois déhiscence prématurée des orifices et rupture prématurée des membranes.

Abuse-t-on de l'opération de Schroeder autant qu'on l'a dit à plusieurs reprises au cours de cette discussion? Pour M. Legueu c'est bien plutôt du curetage qu'on a abusé.

M. Legueu conclut en disant que les opérations sur le col sont souvent utiles et nécessaires; qu'elles rendent au col sa forme; qu'enfin elles suppriment les sécrétions et par suite la stérilité. Mais il faut bien se pénétrer de l'idée que l'opération de Schroeder est, en réalité, très difficile.

Elle ne doit être exécutée que sur des indications sévères et par des mains très sûres: ce qui n'est pas toujours le cas.

M. Hartmann apporte les résultats de sa pratique qui lui permet de conclure de la même façon que M. Bouilly: il faut enlever les tissus malades et restaurer les tissus altérés.

Dans les quatre faits rapportés par M. Lepage, M. Hartmann trouve que trois des cas prouvent seulement que ces opérations sont mauvaises quand elles sont mal conduites.

M. Hartmann a revu quatre de ses malades opérées par lui; or, elles ont présenté plusieurs fois des accouchements à terme.

Dans un de ces cas même, l'opérée n'avait pas eu de grossesse depuis sept ans; or, elle vient d'accoucher successivement de trois enfants à terme.

On doit donc conclure que les amputations du col ne nuisent pas à la grossesse; qu'elles la favorisent; et qu'enfin elles ne produisent pas d'accidents au moment de l'accouchement, à condition que l'opérateur évite la production de tissus cicatriciels.

Quant au manuel opératoire, il est extrêmement varié, et on peut affirmer que peu de chirurgiens pratiquent la véritable opération de Schroeder.

M. Segond estime que toute amputation du col varie suivant les cas particuliers, qu'on peut grouper par ordre d'importance d'après l'échelle suivante: résection coniforme, opération de Schroeder, amputation du col au ras de l'insertion vaginale.

M. Lepage. M. Varnier m'a objecté qu'il ne saisissait pas le mécanisme de la rupture prématurée des membranes après les opérations sur le col.

Ce n'est nullement dû à une diminution de longueur du col de l'utérus gravide, comme on a prétendu que je l'avais laissé entendre.

La fréquence de la rupture prématurée des membranes et de l'accouchement prématuré est un fait pro-

bant qui découle de plusieurs observations, notamment de celles d'Audebert. Quant à l'explication, je ne la connais pas.

Pour ce qui est de l'observation rapportée par M. Varnier, on ne retrouve chez elle aucune des particularités qu'on observe chez les femmes ayant subi des opérations sur le col.

M. Varnier. Ce n'est pas la résistance de l'orifice interne devenu fibreux qui peut causer la rupture prématurée des membranes.

Avant de tirer des conclusions, il faut attendre d'autres observations.

L. BOUCHACOURT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1899.

(Suite).

Du réflexe bi-auriculaire. — M. Léon Egger (de Paris) regrette que les épreuves des pressions centripètes et du réflexe bi-auriculaire soient d'une pratique si peu courante. En quelques mots, il démontre que cette expérience n'est pas difficile, et il insiste sur son importance diagnostique.

A l'appui de ses dires il apporte deux observations inédites.

A propos de 26 cas de sinusite traités par la méthode de Luc. — MM. Moure et Liras (de Bordeaux).

Voici les conclusions de ces auteurs: On doit toujours d'abord tenter le traitement médical pour une sinusite maxillaire; s'il ne donne pas rapidement de résultat, avoir recours à la méthode de Luc. On doit toujours faire une turbinectomie partielle préalable; le chirurgien s'en trouve bien pour faire sa communication nasale. L'écoulement des sécrétions post-opératoires est facilité et on peut aisément surveiller et traiter le sinus curé.

Les auteurs emploient un bistouri à court tranchant et ont apporté quelques modifications de détail à l'instrumentation préconisée à l'origine. La plaie buccale guérit en huit jours; une seule fois, ils ont eu une fistulette qui a été rapidement guérie. Du côté du nez la très large communication qu'ils font en supprimant drain et gaze post-opératoires, se rétrécit et se comble rapidement. Ils n'ont jamais eu de récurrence ayant nécessité une nouvelle intervention chirurgicale, même dans les cas de sinusite complexe: trois récurrences, l'une à longue échéance, les deux autres immédiatement après l'opération, ont guéri médicalement. L'éclairage par transparence des sinus opérés leur a fait voir que le côté cureté s'éclairait moins bien que l'autre. La ponction est indispensable pour établir si un sinus est guéri ou non. Ils ont observé de l'hyperesthésie post-opératoire dans la zone du sous-orbitaire. Jamais de névralgie du trijumeau.

Au contraire, un cas de névralgie rebelle à tout traitement chirurgical a guéri après la cure d'une sinusite maxillaire. L'état général de plusieurs malades s'est remonté après l'opération; c'est surtout au point de vue pulmonaire qu'ils ont constaté d'heureux résultats.

Épiphysème unilatéral de la région fronto-orbitaire dû à l'action de se moucher. — M. Joncheray (d'Angers). Un jeune Italien de quinze ans, acrobate dans un cirque, avait, depuis longtemps, avant d'entrer en scène, l'habitude de se moucher un grand nombre de fois pour assécher son nez. Un jour, en se mouchant ainsi, il sent, dans l'œil droit, un léger craquement et un peu de douleur, puis l'œil monter et descendre, et aussitôt il perd la vue de ce côté. Examiné aussitôt après l'accident, il présente un gonflement très accentué, presque indolore, des deux paupières droites, et au-devant du sinus frontal droit une tumeur indolore, rénitante, grosse comme une noisette. Crépitation, sonorité, exorbitisme, tous les signes d'un épiphysème orbitaire. Rien d'anormal dans le voisinage, sur le dos et à la racine du nez: pas de douleur à la pression du squelette. La rhinoscopie dénote un peu de catarrhe nasal avec légère hypertrophie des cornets moyens, et un polype fibreux-muqueux, pédiculé, dans le méat moyen droit. L'examen de la cloison, de la voûte nasale, des cornets et des orifices intra-nasaux ne permet pas d'affirmer une rupture osseuse. D'un autre côté, le sac et les conduits lacrymaux ne sont pas perforés. Mais une gouttelette de sang suinte en arrière du bec du cornet moyen droit. Enfin, l'épiphysème se reproduit, ou plutôt son mécanisme s'accuse si on fait moucher le malade. Le catéchisme du sinus frontal est fait facilement et ramène un peu de sang mêlé à du mucus; un peu de massage et d'aspiration soulage et diminue légèrement les symptômes.

Ablation du polype nasal; antiseptie et simple expectation les jours suivants. Les symptômes s'améliorent vite. L'enfant voit le troisième jour, et le dixième jour il ne reste plus rien, même pas l'irisation ecchymotique des paupières. L'auteur, après avoir envisagé les hypothèses pouvant expliquer cet épiphysème fronto-orbitaire unilatéral, subit, et entre autres celle de fracture de l'os unguis, serait tenté de croire à l'existence de lacunes dans le toit orbitaire, comme en a signalé M. Zuckerkandl

dans son traité de l'anatomie et de la pathologie de fosses nasales.

De l'emploi du mentho-phénol cocaïné en otolaryngologie. — M. Bonain (de Brest) a poursuivi ses expériences sur l'emploi, comme anesthésique local, du mentho-phénol cocaïné dont, l'an dernier, il avait communiqué les premiers résultats touchant les interventions sur la membrane et la caisse du tympan.

La formule:

Acide phénique pur neigeux . . .	} 44
Menthol	
Chl. de cocaïne	

constitue pour les interventions sur le conduit auditif la membrane et la caisse du tympan, un excellent anesthésique dépourvu de tout incon vénient. L'acide phénique paraît s'unir au menthol pour former un éther mixte tenant en dissolution de petites quantités de phénol, de menthol et de chlorhydrate de cocaïne. En élevant la proportion de phénol, la préparation devient de plus en plus caustique, tout en restant anesthésique. L'emploi du mentho-phénol-cocaïné a été étendu à certaines interventions sur les fosses nasales, le pharynx et le larynx. Il s'est montré très utile comme topique contre la dysphagie de la phthisie laryngée, certainement très supérieur à tous les autres topiques employés dans ce cas.

Sinusite de la face et dégénérescence myxomatueuse de la muqueuse nasale, traitées chirurgicalement et guéries. — M. Molinié (de Marseille). Dans ce cas, il s'agit d'un homme de trente-deux ans atteint depuis plus de six mois de sinusite frontale double, sinusite maxillaire double et supuration des cellules ethmoïdales. En outre, les fosses nasales étaient bourrées de polypes du nez très abondants. Douleurs à la région frontale par rétention du pus, perte du sommeil, de l'appétit, émaciation.

Les polypes du nez sont, tout d'abord, extraits par les voies naturelles, puis dans une première intervention, trépanation des sinus frontaux par la paroi antérieure et curetage minutieux. Agrandissement du canal fronto-nasal et curetage des cellules ethmoïdales. Le sinus est laissé ouvert sous un pansement aseptique et est isolé des fosses nasales septiques par un tampon dans le canal fronto-nasal.

Quelques jours après, les deux sinus maxillaires sont trépanés à leur tour par la fosse canine et curetés. Dans la même séance, les tampons destinés à isoler le sinus frontal et laissés dans la séance antérieure sont enlevés, et le sinus frontal est refermé. La guérison est ainsi obtenue avec un résultat esthétique très satisfaisant.

Urticaire et odeurs. — M. Joal (du Mont-Dore). Continuant ses recherches sur les troubles réflexes occasionnés par les odeurs, chez certains sujets prédisposés par le neuro-arthritisme, l'auteur rapporte trois observations où l'urticaire s'est développée sous l'influence d'émanations odorantes.

Dans le premier cas, l'urticaire a été précédée d'éternuements spasmodiques, rhinorrhée, céphalalgie, vertige, syncope et a été occasionnée par la préparation d'essences aromatiques destinées à la fabrication des liqueurs. L'urticaire a pu être reproduite expérimentalement.

Dans les deux autres faits, l'urticaire a été associée à l'asthme et à l'hay-fever, et a été déterminée, soit par la poudre d'iodeforme et le sulfure de carbone, soit par la rose, le lilas, la jacinthe.

Joal passe en revue quelques cas analogues empruntés à la littérature médicale, puis étudie le mode de production de l'urticaire olfactive qui n'est qu'une variété de l'urticaire nasale déjà signalée par Schnitzler et Rethi.

Emploi du carton d'amiante dans le traitement post-opératoire des synéchies nasales. — M. Bar (de Nice). Quand une synéchie nasale a été opérée, il importe, pour éviter la production facile d'adhérences nouvelles, de maintenir les surfaces de section absolument isolées l'une de l'autre.

Dans cette intention, de nombreuses substances ont été proposées: ivoire, étain, cellulose, liège couvert de collodion, carton en forme de lamelles minces.

On réclame de celles-ci des qualités multiples: il faut qu'elles soient facilement aseptiques, malléables, faciles à tailler, douces et parfaitement polies sur leurs faces, assez résistantes pour être introduites dans les fosses nasales et pouvant assez se ramollir par le mucus nasal pour se mouler aux surfaces qu'elles protègent et y être ainsi tolérées aisément.

Nous croyons avoir trouvé dans le carton d'amiante toutes ces qualités réunies, à noter, entre autres, celle de l'asepsie parfaite de cette substance qu'on peut flamber comme un instrument métallique, son incorruptibilité, sa rigidité moyenne et son ramollissement facile par contact avec le mucus nasal.

Tous les cas où nous avons employé ainsi le carton d'amiante ont été la confirmation parfaite de nos présumptions à cet égard.

Cure radicale de sinusite frontale fistulisée, par résection de la paroi antérieure du sinus et de toute la voûte orbitaire. — M. Georges Laurens (de Paris). L'auteur présente un malade auquel, après une récurrence d'empyème frontal malgré large

drainage fronto-nasal, il a dû, pour assurer une cure radicale et définitive, faire un grand délabrement osseux.

Au cours de son opération, il se trouva en présence d'un vaste sinus frontal qui envoyait un immense diverticule sus-orbitaire, véritable second sinus frontal, bourré de fongosités. Pour éviter que cette cavité osseuse ne s'infestât à nouveau et ne donne une récidive, l'auteur en supprime la paroi inférieure qui constitue le plafond de l'orbite. Il récline le globe oculaire et enlève une partie de la voûte, sacrifiant la poulie du grand oblique et en dedans toute l'arcade jusqu'au niveau du sac lacrymal.

Après l'opération, l'œil s'accroît à la paroi osseuse sus-jacente. La réunion se fait par première intention et le malade guérit sans le moindre trouble oculaire consécutif.

Fistule orbitaire du sinus frontal avec lésions oculaires; cure radicale obtenue par résection de toute la paroi antérieure du sinus et du plafond de l'orbite. — M. Georges Laurens (de Paris). L'auteur présente un malade porteur d'une sinusite frontale fistulisée datant de sept ans et qui a été déjà opéré deux fois, il y a six ans et l'année dernière.

Les lésions consistaient en une exophtalmie considérable, un ectropion énorme, avec kératite ulcéreuse et opacités cornéennes; l'œil baignait et macérait dans le pus depuis un an. Ce pus s'écoulait par le point lacrymal supérieur et provenait d'une poche volumineuse occupant la région du sac; la table externe du sinus était fortement empatée.

Résection de toute la paroi antérieure du sinus; celui-ci renferme dans sa cavité un drain, reliquat probable de la dernière opération. Le sinus est bourré de fongosités. En outre, vaste abcès chronique fongueux occupant toute la loge interne de l'orbite; la poulie du grand oblique et le sac lacrymal ont disparu. Profond et vaste diverticule sus-orbitaire nécessitant le sacrifice de la voûte orbitaire. Le malade a guéri sans présenter la moindre goutte de pus.

Plusieurs opérations de ce genre, pratiquées par M. Laurens, l'amènent à poser les conclusions suivantes: il faut, quand on opère de pareils cas, si l'on désire obtenir une cure radicale, ne pas hésiter à faire de vastes délabements osseux, quelles qu'en soient les limites; la sinusite cesse toute de suite.

On doit toujours pratiquer la réunion des téguments, drainer avec de gros drains et bien surveiller le pansement, qui doit être méthodique et compressif; il faut tamponner de la périphérie vers le centre pour bien accoler la paroi cutanée contre le plan osseux sous-jacent.

Perforations tuberculeuses de la voûte du palais. — M. Grossard (de Paris). — L'auteur communique deux observations concluantes relatives à des malades atteints de perforations bacillaires du voile.

Tuberculose de l'oreille moyenne. — M. Gaudier (de Lille) a observé, à la suite d'une otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite, une forme exceptionnelle, fongueuse, de tuberculose de ces deux organes.

La caisse et l'antre étaient remplies de bourgeons très saignants, volumineux, exubérants, qui récidivaient au fur et à mesure qu'on les enlevait par le fer ou le feu. Le malade mourut de généralisation viscérale.

A l'examen, il s'agissait de fongosités tuberculeuses typiques.

Examen de l'oreille après la sympathectomie chez l'homme. — M. Lannois a examiné une dizaine de malades sympathectomisés par Jaboulay (épilepsie, goitre exophtalmique). A côté de la vaso-dilatation de la face, du myosis, etc., on constate que l'oreille externe est rouge et chaude et qu'il y a de la rougeur au niveau du cercle tympanal, du tympan, de la caisse elle-même. Cette rougeur est variable, comme durée, de quelques jours à plusieurs mois.

Note sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache. — M. Albespy (de Rodez). Voici les conclusions de l'auteur:

- 1° Le cathétérisme est un procédé utile;
- 2° Il est le seul réellement possible et efficace dans le traitement de toute une catégorie d'affections d'une partie de l'oreille moyenne; dans certaines autres, on doit le considérer comme un adjuvant d'une utilité incontestable;
- 3° En dernier lieu, le cathétérisme ne rendra de véritables services qu'au prix d'une exécution parfaite, et sa technique est assez délicate pour mériter l'attention des auristes et un apprentissage sérieux de la part des débutants.

L'auteur développe ensuite les avantages des conclusions ci-dessus et cite plusieurs observations à l'appui.

Hypertrophie du tissu lymphoïde de la paroi latérale du pharynx, donnant l'aspect de quatre amygdales palatines. — M. Collinet (de Paris) a observé cette anomalie chez une femme de trente-cinq ans ayant déjà subi, à l'âge de vingt et un ans, l'ablation de l'amygdale droite et plusieurs séances de pointes de feu.

M. Collinet a eu connaissance d'un autre fait de ce genre, observé chez un enfant de dix ans, chez qui l'ablation des amygdales palatines fut suivie de l'extirpation d'une masse de tissu lymphoïde en continuité directe avec l'amygdale et située derrière les piliers postérieurs du voile.

Sur trois cas de polypes fibreux naso-pharyngiens, extirpés par la voie palatine. — M. Moure rapporte les observations de trois malades, tous trois atteints de polypes fibreux naso-pharyngiens qu'il a enlevés par la voie palatine. Dans les trois cas, le malade ayant été chloroformé et placé dans la position de Rose, le voile du palais a été fendu sur la ligne médiane, et la tumeur saisie avec de fortes pinces a été ruginée par sa base d'implantation; l'extirpation a été complète et l'hémorragie, quoique très abondante au début, facilement arrêtée. Chez deux de ces malades, il s'est fait une repopulation assez rapide de la tumeur, malgré son ablation complète constatée quelques jours après l'opération avec le miroir rhinoscopique et avec le doigt.

Zona pharyngien symétrique chez un tabétique. — M. Escat (de Toulouse) a observé cette année, à sa clinique, un homme de quarante ans, tabétique avéré, atteint même de mal perforant plantaire récidivant, pour lequel il se faisait encore soigner.

Ce malade vint me consulter pour une affection aiguë de la gorge qui offrait les caractères objectifs du *zona bucco-pharyngien symétrique* décrit par MM. Borensprung, Ollivier, Herzog, Pouzin, Lermoyez et Barozzi. L'éruption postérieure était strictement limitée au voile du palais (territoire du palatin postérieur et du palatin moyen); il s'agissait donc d'un *zona partiel symétrique* de la branche moyenne du trijumeau.

Il m'a paru intéressant de faire connaître un nouveau cas de cette affection qui semble justifier le démembrement des angines herpétiques proposé par MM. Lermoyez et Barozzi.

Des amygdalites ulcéro-membraneuses chancreiformes (faits nouveaux). — MM. A. Raoult et G. Thiry (de Nancy) rappellent que les premiers cas qu'ils examinèrent datent du mois d'Avril 1897. D'après les faits étudiés l'année dernière et d'après un certain nombre d'amygdalites et de stomatites ulcéro-membraneuses observées depuis leur premier mémoire, ils renouvellent les opinions qu'ils avaient émises dans celui-ci. Ces faits se trouvent corroborés par de nombreux travaux parus depuis l'année dernière.

L'amygdalite ulcéro-membraneuse, de même que la stomatite de ce nom, est due, sans aucun doute, aux bacilles fusiformes décrits par Vincent dans la pourriture d'hôpital et aux spirilles que l'on rencontre en grand nombre dans les fausses membranes et dans l'exsudat. L'amygdalite, dans son évolution, passe par deux périodes: 1° fausse membrane épaisse formée par nécrose des tissus superficiels de l'amygdale; 2° ulcération apparaissant après la chute de la fausse membrane. Ce processus et la pullulation microbienne si abondante dont elle est le siège doivent la faire différencier de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse de M. Moure due à l'ouverture d'un kyste lacunaire (lésion amicrobienne). Les auteurs croient devoir conserver l'épithète de chancreiforme à l'amygdalite ulcéro-membraneuse, parce que c'est cet aspect de chancre qui frappe le plus les yeux du clinicien l'observant à la seconde période.

Le terme diphtéroïde, qui rend compte seulement du premier stade, doit être abandonné, car il crée une confusion. Et, de plus, la similitude semble être complète entre l'amygdalite et la stomatite ulcéro-membraneuse comme évolution, comme flore; la constatation de simultanéité des deux affections faite par Lacoarret, par Thiry et par Renault vient ajouter un appoint très sérieux à leur opinion.

Le bacille fusiforme est peut-être semblable au bacille fusiforme de MM. Veillon et M. Zuber. Thiry a obtenu quelques cultures du bacille fusiforme au milieu de cultures d'autres microorganismes vivant en anaérobies.

Production cornée de l'amygdale palatine (lérosite localisée). — MM. A. Raoult et L. Hoche (de Nancy). Il s'agit d'une masse cornée de 3 millimètres de long enroulée sur elle-même en forme de tube que Raoult enleva à deux reprises différentes chez une femme, au niveau d'une même crypte amygdalienne située dans la fossette sus-amygdalienne. Cette masse était dure, résistante, entourée d'un peu de magma pulcace. Sa présence provoquait chaque fois une gêne légère en avalant et en parlant. L'examen histologique montra que la pièce était formée d'une masse principale en forme de V composée de lamelles cornées; sa portion obtuse inférieure était recouverte de quelques cellules épithéliales épidermiques arrachées de la surface de la crypte amygdalienne, ou le grain était enclavé. La partie libre est garnie de filaments de mycéliums qui pénètrent dans l'intertice des lamelles cornées; mais ces mycéliums n'existent pas à la partie profonde là où existent encore des cellules épithéliales nucléées.

Hypertrophie polypoïde de l'amygdale. — M. Texier (de Nantes). Ces tumeurs sont bien amygdaliennes: ce sont des amygdales aberrantes. Elles sont toujours vasculaires et évoluent en général vers deux types: le type lymphoïde et le type fibreux. Nos deux tumeurs sont surtout lympho-angiomateuses.

Au point de vue de l'origine des polypes amygdaliens, notre deuxième observation fait penser à l'hypertrophie du nodule amygdalien situé dans la fossette sus-amygdalienne, au point de convergence des piliers.

Au point de vue clinique, absence presque complète de symptômes fonctionnels importants; sauf une simple gêne, et en plus de légers enrouements chez la deuxième

malade, rien ne faisait prévoir la présence de ces hypertrophies polypoïdes de l'amygdale.

Méthode sclérogène dans la tuberculose laryngée. — M. Castex (de Paris) applique la méthode de Lannelongue quand l'état pulmonaire et laryngien ne sont pas trop avancés et quand il n'y a pas d'ulcérations étendues dans le larynx.

Il emploie la solution de chlorure de zinc à 1/25 et injecte environ chaque fois la moitié d'une seringue de Pravaz, tantôt dans la région des aryténoïdes, tantôt dans les bandes ventriculaires, là où les lésions dominent. Trois ou quatre piqûres, à quinze jours d'intervalle, suffisent en général. La douleur au point piqué est assez forte, mais cesse en quelques jours. Castex présente deux malades qui peuvent être considérés comme guéris.

Cette méthode paraît particulièrement indiquée dans les cas d'infiltration non diffuse.

Contribution à l'étude des paralysies laryngées. — M. Meillon (de Caunterets). L'étude des paralysies du larynx que nous avons poursuivie depuis la publication de notre thèse, nous permet de préciser un certain nombre de points.

Les paralysies d'origine corticale sont cliniquement extrêmement rares; le grand nombre de cas d'hémiplégie qu'il nous a été donné d'examiner à ce point de vue, nous permet de formuler cette conclusion, d'ailleurs en rapport avec celles de Lermoyez.

Il n'en est pas de même des paralysies alternes: un cas de syndrome de Weber, observé avec Dide et Weil, nous a permis de constater l'existence de parésie vocale du côté opposé à la lésion, fait intéressant à rapprocher des paralysies protubérantielles de notre thèse, où la paralysie est totale, et du côté de la lésion.

C'est, à notre sens, un fait capital qui permet d'affirmer l'existence chez l'homme d'un centre laryngé protubérantielle, centre déjà connu chez l'animal (Onodi, Semon et Horsley).

Au contraire, les paralysies relevant de lésions situées entre la corticalité et la protubérance, doivent être rapportées à la destruction de fibres d'association.

Le fonctionnement normal du larynx implique l'intégrité de tout son système d'innervation. Nous poursuivons actuellement d'autres recherches destinées à mettre en lumière la valeur respective des différentes centres laryngés.

Laryngites hémorragiques. — M. Georges Gellé (de Paris) rapporte deux observations d'hémorragie sous-muqueuse des cordes vocales survenue chez des individus ne se livrant pas à des efforts de voix ou de chant, ce qui est l'étiologie classique de ces sortes d'accidents.

Il attribue les productions de l'hémorragie dans ces deux cas à la congestion du larynx due à la nécessité de l'occlusion stricte de la glotte indispensable à la production de l'effort violent auquel les professions de ces deux malades les astreignaient. Tous deux, en effet, devaient porter sur la tête des fardeaux d'un poids relativement excessif.

Il explique la rareté des observations de ce genre par le fait qu'il est assez rare que les malades exerçant des professions de cette nature viennent consulter un laryngologiste pour des symptômes aussi peu accusés et consistant en un larmolement léger ou un peu de raucité de la voix accompagnés ou non de striations sanglantes des crachats. Les chanteurs et les orateurs souffrent au contraire du moindre trouble apporté à l'émission du son et viennent se soumettre à l'examen à la plus petite alerte.

De l'ablation endo-laryngienne des tumeurs et végétations du larynx. — M. Mahu (de Paris) passe en revue l'arsenal si compliqué des instruments employés dans la pratique courante pour l'ablation des tumeurs et végétations du larynx. Il croit devoir donner la préférence aux séries de Krause et de Schroetter, dont il fait cependant la critique, et présente un couple de pinces réunies dans une même boîte avec les armatures nécessaires. Sur la première de ces pinces se montent les curettes type Landgraf, pouvant trancher dans tous les plans horizontaux, et, grâce à une disposition spéciale, dans toutes les directions. Sur la deuxième s'adaptent les emporte-pièces susceptibles de trancher dans tous les plans méridiens.

Ces instruments suffisant à eux seuls pour effectuer différents curettages du larynx présentent plusieurs avantages et notamment les suivants: 1^{er} type: égalité de puissance au serrage et au desserrage des mors; 2^e type: suppression du mouvement d'ascension de l'emporte-pièce au moment où ses deux branches se serrent l'une contre l'autre pour saisir la tumeur.

Traitement de la dysphagie dans les laryngites tuberculeuses par un produit de culture microbienne. — M. Lavrand (de Lille). Nous avons rencontré, comme tous les laryngologistes, des tuberculeux atteints de dysphagie qui résistait à tous les moyens ordinairement employés en pareil cas. La cocaïne, l'acide lactique concentré ne produisaient aucun soulagement. C'est alors que nous avons eu recours à un produit de culture du bacille de Koch préparé par M. Bourgeois (de Tourcoing) d'après une méthode qu'il se réserve de publier quand il aura terminé les expériences en cours.

Ce produit s'administre à la dose de cinq gouttes trois fois le jour dans un liquide quelconque.

Ce produit est absolument inoffensif. Il augmente-

rait même les forces des malades, sans qu'on puisse l'affirmer d'une façon absolue;

Il calme la dysphagie dans la tuberculose laryngée et aussi les douleurs spontanées quand elles existent; Ce produit exercerait une action favorable sur les lésions laryngées même très avancées;

Il donne des résultats dans des cas où tous les autres moyens ont échoué et à ce titre il mérite l'attention des laryngologistes.

G. LAURENS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Session de 1899.

(Suite et fin).

Lésions ophtalmoscopiques chez les lépreux.

— M. Trantas (de Constantinople). En examinant systématiquement, au point de vue ophtalmoscopique, un certain nombre de lépreux, qui sont assez fréquents en Orient, nous avons trouvé dans une dizaine de cas des lésions du fond de l'œil associées ou non avec d'autres lésions oculaires (lépromes scléro-cornéens, iridocyclites). Chez le plus grand nombre, on ne voit que quelques taches isolées blanches ou noires siégeant au voisinage de l'ora serrata et ne provoquant presque aucun trouble fonctionnel. Quelquefois j'ai constaté des lésions graves. Chez un malade, il y avait un très grand nombre de taches pigmentaires ou atrophiques vers la périphérie et, au niveau de la macule, une plaque atrophique volumineuse ayant trois fois le diamètre de la papille. Il existait encore une saillie blanche dans le vitré, donnant l'aspect de la rétinite proliférante et qui peut être considérée comme le reliquat d'une ancienne hémorragie. Dans un cas, la lésion choroïdienne a précédé l'iritis qui est survenue huit mois après, de telle sorte que, dans ce cas et contrairement à la règle, le processus lépreux a évolué des parties profondes aux parties périphériques.

Ces lésions, nous ne pouvons les attribuer qu'à la lèpre, car nos malades ne présentaient pas d'autres diathèses en dehors de la lèpre. Comme la tuberculose et la syphilis, avec lesquelles elle a des parentés étroites, la lèpre peut attaquer les membranes profondes, ce qui d'ailleurs a été déjà prouvé par les examens anatomiques. D'après Doring les lésions ophtalmoscopiques, lorsqu'elles existent, pourront permettre le diagnostic entre la lèpre et la syringomyélie. Dans cette affection il n'y a jamais de lésions oculaires.

Les tumeurs kystiques bénignes de la glande lacrymale (Dacryops). — M. Sourdille (de Nantes). L'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes essentiels des glandes lacrymales de Rosenmüller sont encore confuses, ce qui tient à la rareté des observations et des examens histologiques. Dans les trois examens histologiques pratiqués jusqu'ici, aucune indication n'est donnée sur l'état de la glande elle-même. A l'occasion d'un cas que je viens d'observer, j'ai pu étudier le kyste et la glande lacrymale elle-même. Les résultats de cet examen sont en opposition avec la théorie de la rétention pure et simple, de même qu'avec celle de la dégénérescence muqueuse analogue à celle qui se constate dans les grenouillettes, théorie que vient de proposer M. Lagrange dans un récent travail. D'après les constatations anatomiques, le dacryops résulte d'une infection ascendante d'origine conjonctivale traumatique ou non, envahissant d'abord les portions terminales des conduits excréteurs de la glande de Rosenmüller et remontant de proche en proche jusqu'aux acini eux-mêmes. Sous l'influence de cette infection lente, la paroi enflammée des canalicules excréteurs perd de sa résistance en même temps que l'épithélium irrité sécrète d'une façon exagérée. La sécrétion devenant plus abondante que l'excrétion, il y a rétention relative et la paroi affaiblie des conduits excréteurs se dilate, d'où production du kyste qui n'est au début qu'une dilatation cystoïde. Le kyste n'est constitué qu'après oblitération complète de l'orifice d'un canal excréteur. Alors les acini s'atrophient et il se produit une sclérose de tout le lobule glandulaire. Le dacryops est fonction de dacryadénite chronique.

La phase que traverse actuellement le traitement du décollement de la rétine. — M. de Wecker (de Paris). Les diverses méthodes de traitement du décollement de la rétine, par ponction, incision, drainage, aspiration, électrolyse, injection d'iode, ne méritent plus d'être mentionnées. A la suite de la publication de Rachmann attribuant le décollement rétinien à une perturbation dans les courants osmotiques qui traversent la rétine, ayant pour effet de provoquer un appel d'eau vers le corps vitré surchargé de sels, M. de Wecker tente d'intervenir en détournant ce courant au moyen d'injections massives de solution salée sous la conjonctive et la capsule de Tenon. Il a eu recours aux solutions de sulfate de soude et à la gélatine dont l'injection sous-conjonctivale est absolument indolore. Ce traitement par injection favorise les guérisons spontanées et en aucun cas ne peut aggraver l'état des malades. Dans le traitement du décollement rétinien, il faut, d'une part, ne pas nuire par une intervention

inopportune et, d'autre part, ne pas imposer aux patients des sacrifices disproportionnés avec le résultat thérapéutique.

Amaurose et amblyopie quinique. — M. Zanotti (de Verceil) a observé un cas très remarquable d'amaurose quinique consécutive à l'absorption interne de 12 gr. de sulfate de quinine. Trente minutes après, il perdit connaissance et fut pris de convulsions généralisées qui durèrent jusqu'au lendemain matin. A ce moment seulement la vision se perdit complètement et à l'agitation du début succède une prostration très accusée. L'ouïe était abolie d'un côté, très réduite de l'autre. Par contre, le goût et l'odorat étaient intacts. L'état d'hébététe persista pendant six à sept jours. Après neuf à dix jours d'amaurose complète, la vision se rétablit insensiblement. Deux mois après le début des troubles, l'acuité visuelle est de 4/5 et le champ visuel est très rétréci. Il y a de la dyschromatopsie et de l'héméralopie, et à l'ophtalmoscope on constate de la pâleur des papilles et du rétrécissement très marqué du calibre des vaisseaux. En outre, on trouve disséminées dans la région péripapillaire et périmaculaire, une série de petites taches blanches à contours diffus et de la dimension d'une tête d'épingle. Ces taches paraissent être des lésions dégénératives consécutives à des hémorragies punctiformes. L'auteur rapproche de ce fait le cas d'une jeune fille atteinte de chorio-rétinite palustre, chez laquelle l'administration de 75 centigrammes de quinine était, chaque fois, suivie d'affaiblissement visuel et de rétrécissement du calibre des vaisseaux rétiniens.

Dans ces cas, l'action de la quinine ne s'exerce pas directement sur les éléments nerveux, mais en agissant sur les parois vasculaires elle provoque l'ischémie rétinienne.

L'intensité lumineuse des couleurs dans l'achromatopsie totale hystérique. — M. de Obacrio (de New-York) a étudié l'intensité lumineuse des couleurs chez une malade atteinte d'achromatopsie hystérique totale. Contrairement à ce qu'on observe dans les faits d'achromatopsie congénitale, l'intensité lumineuse des couleurs était la même que chez une personne normale. Il est probable que les couleurs sont réellement perçues, mais que la malade fait abstraction mentale des sensations des couleurs.

Un cas de guérison spontanée de décollement de la rétine. — M. Kopff (de Paris) relate l'observation d'un cas de guérison spontanée et tardive dans un décollement myopique étendu et resté stationnaire pendant plus de deux ans. Le malade âgé de cinquante-neuf ans, examiné en 1896, présentait un décollement de la rétine très étendu, dont le début devait remonter à l'année 1895.

Il existait une myopie de 13 D, et le malade, avec le verre correcteur, comptait seulement les doigts à 30 centimètres. Le malade fut soumis à différents traitements médicaux, mais sans résultats.

En 1898, sans qu'il se fût produit de modification fonctionnelle notable, on constata, à l'ophtalmoscope, que la rétine décollée s'est réappliquée dans toute son étendue, mais elle n'a pas récupéré sa fonction.

L'hétéroplastie orbitaire. — M. Valudé (de Paris). Sous le nom d'hétéroplastie orbitaire, il faut entendre la transplantation d'une sphère organique ou inorganique à la place du globe oculaire énucléé. Cette opération, qui est indiquée après l'énucléation, ne doit pas être confondue avec l'opération, qui succède à l'éviscération du globe.

Depuis deux ans, j'ai essayé la transplantation, chez le lapin, de sphères d'éponges, de charbon, d'os vivant ou mort (tête de fémur fraîche ou bouillie d'un jeune chien) de bouffe de soie entourée de fil de catgut. Le meilleur résultat, encore qu'il soit peu constant, a été fourni par la greffe d'éponge.

Chez un malade auquel nous avons pratiqué la greffe d'éponge, nous avons assisté au bout d'un an à la rétraction complète du moignon orbitaire. A l'examen du moignon, nous n'avons pas trouvé de résorption de l'éponge, mais un tassement de son stroma cornéen et une dégénérescence du tissu embryonnaire et vasculaire qui l'avait d'abord pénétré. Devant cet insuccès relatif des greffes organiques, nous avons essayé chez le lapin, puis chez l'homme, la greffe d'une sphère creuse d'argent. Le résultat a été très satisfaisant. Il est toutefois nécessaire de pratiquer de nombreux points de suture et de prendre une forte épaisseur de la muqueuse et des tissus sous-jacents pour assurer la solidité de la réunion de la plaie.

Remarques sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales. — M. Rochon-Duvigneaud (de Paris). Chez le fœtus, l'extrémité inférieure du canal nasal se recourbe vers la ligne médiane. A mesure que le maxillaire supérieur se développe en hauteur, le canal se redresse progressivement. A la naissance, il garde encore quelque chose de sa courbure primitive. Chez le fœtus et le nouveau-né, la paroi interne du canal nasal est toujours beaucoup plus anfractueuse que chez l'adulte. On rencontre généralement, étagés dans la hauteur du sac et du canal, un certain nombre de diaphragmes annulaires. Nous en avons vu quatre au maximum. Leur position est variable et n'affecte aucun rapport déterminé avec les parties osseuses ou molles qui environnent les voies lacrymales. Nous n'avons pas trouvé chez l'adulte les dia-

phragmes souvent si marqués du nouveau-né. Les voies lacrymales de l'adulte sont toujours plus lisses que celles du nouveau-né. Il y a des canaux que leur configuration irrégulière et leur étroitesse, prédisposent aux obstructions. Il y en a d'autres, au contraire, que leur largeur et leur régularité doivent mettre relativement à l'abri de ces accidents. On sait que le canal nasal du fœtus, dérivant d'une invagination cutanée, ne communique pas primitivement avec les fosses nasales. Les débris épithéliaux distendent la partie inférieure du canal et finissent par le faire crever dans la fosse nasale. Il suffit probablement d'une affection surajoutée, de la pénétration de certains microorganismes dans les voies lacrymales pour constituer alors une vraie dacryocystite. On ne trouve pas de glandes dans les voies lacrymales.

Les myotiques et le glaucome. — M. Javal (de Paris). L'ésérine augmente parfois les douleurs et la tension dans le glaucome prodromique. Il est préférable d'employer la pilocarpine, mais il faut en graduer l'emploi. Au moment de l'accès on donnera une solution au 1/50, et, quand l'accès est passé, une solution au 1/100. Quand tout est rentré dans l'ordre, on aura recours à un collyre faible au 1/200, instillé trois à quatre fois par jour. Dans les accès douloureux, on se souviendra des bons effets d'une injection de morphine à la tempe.

Hémorragie du vitré monolatérale à récidive. — M. Jacqueau (de Lyon). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, depuis l'âge de douze ans, a été pris une vingtaine de fois d'une hémorragie profuse du vitré de l'œil gauche avec retour intégral de la vision. M. Jacqueau rapporte à la phosphaturie et à l'azoturie l'origine de ses accidents. D'après les recherches statistiques entreprises par Jacqueau, l'hémorragie spontanée du vitré est loin d'avoir sa plus grande fréquence à l'adolescence. Celle-ci a lieu de vingt à trente ans et après cinquante ans. Il existe, entre trente et cinquante ans, une période où l'affection est beaucoup plus rare.

La monolatéralité est la règle chez les femmes âgées alors que la bilatéralité est la règle chez les jeunes sujets.

Quelques cas d'héméralopie essentielle guéris par l'opothérapie hépatique. — M. Trantas (de Constantinople). Hippocrate soignait les héméralopes par l'administration du foie de bœuf à l'intérieur. Ce traitement, vanté autrefois, est tombé dans l'oubli. Dans un cas d'héméralopie chez un icterique, l'ingestion du foie de mouton a guéri l'héméralopie très rapidement, malgré la persistance de l'ictère. Dix cas d'héméralopie essentielle ont été traités avec succès par ce seul traitement.

Le délire consécutif à l'opération de la cataracte. — M. Guénde (de Marseille). La conviction qui se dégage à la lecture des faits qui ont été publiés jusqu'à présent, c'est que le délire post-opératoire ne saurait procéder d'une cause unique. J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas intéressants, et déclare n'en avoir jamais rencontré aucun qui pût être attribué à l'intoxication médicamenteuse par les collyres. Deux de mes malades possédaient des antécédents alcooliques bien établis; dans ces deux cas, le délire s'est manifesté sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations.

Il a suffi de découvrir un œil pour que tout rentrât dans l'ordre.

Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux. — M. Bourgeois (de Reims). Dans 18 cas d'ulcérations graves de la cornée, j'ai pu obtenir une guérison rapide en mettant en œuvre le traitement suivant: curetage immédiat et complet du sac lacrymal; irrigation des culs-de-sac conjonctivaux et de la surface de l'ulcère avec une solution de cyanure de mercure à 1/2000; stérilisation de l'ulcère par propulsion d'air chaud; après évacuation de l'hyppion, lorsqu'elle est nécessaire, lavage de la chambre antérieure avec une solution salée à 1 pour 100 et introduction entre les paupières de poudre d'iodoforme, aristol ou aïrol. Pansement occlusif. La stérilisation par l'air chaud se pratique au moyen de la poire employée en chirurgie dentaire.

V. MORAX.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — 12 Juin. — MM. Schwab, 17. — Wallich, 17. — Brindeau, 18. — Macé, 15.
Prochaine séance mercredi, 21 Juin, à 5 heures, à la Maternité.

BIBLIOGRAPHIE

A. Machard. — *Extirpation du cœcum*. Brochure in-8° raisin, de 170 pages (IMPRIMERIE KUNIG ET FILS, GENÈVE).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARSTREUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

LIBRAIRIE MÉDICALE O BERTHIER

PARIS — 104, Boulevard Saint-Germain — PARIS

Pour les conditions, voir le n° 5. (Voir aussi les n° 14, 22 31 et 39.)

NOUVEAUTÉS

Lejars. Traité de chirurgie d'urgence, in-8° relié, avec figures, 22 fr.; net. 20 fr.
Arthus. La coagulation du sang, 2 fr.; net. 4 fr. 75
Bard. Précis d'anatomie pathologique, 2^e édit. 1899, 7 fr. 50; net. 6 fr. 50
Bardet. Formulaire des nouveaux remèdes, 11^e édit. 1899, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Bordier. Les actions moléculaires dans l'organisme, 2 fr.; n-t. 4 fr. 75
Bouchard et Brissaud. Traité de médecine, tome II, 2^e édit., 16 fr.; net. 14 fr. 50
Bouillet. Traité pratique de la tuberculose pulmonaire, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Brouardel et Gilbert. Traité de médecine, tome VI, 12 fr.; net. 10 fr. 50
Dauchez. Nouveau formulaire magistral des consultations infantiles, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Dheur. Les hallucinations volontaires, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Fort. Manuel de dissection et d'études anatomiques, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Guérin. Les différentes manifestations de la pensée, 5 fr.; net. 4 fr. 50
Guiraud. Manuel pratique d'hygiène, 2^e édit. 1899, 8 fr.; net. 7 fr.
Huchard. Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, 3^e édit., 1899, 3 volumes, 22 fr.; net. 28 fr.
 (Le tome 3 restant à paraître sera remis gratuitement aussitôt paru.)
La Harpe. La Suisse balnéaire et climatérique, 6 fr.; net. 5 fr. 25
Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie, tome VIII, 12 fr.; net. 10 fr. 50
Lépine. Le diabète et son traitement, 1 fr. 50; net. 1 fr. 25
Manheimer. Troubles mentaux de l'enfance, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Maurice de Fleury. Le corps et l'âme de l'enfant, 3 fr. 50; net. 2 fr. 75
Moresu (de Tours). Suicides et crimes étranges, 3 fr.; net. 2 fr. 75
Mracek. Atlas des maladies vénériennes, 20 fr.; net. 18 fr.

Péan. Diagnostic et traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome IV, 15 fr.; net. 13 fr. 50
Poirier. Traité d'anatomie humaine, t. III, 3^e fasc. (Les Nerfs), 12 fr.; net. 10 fr. 50
Prunier. Les médicaments chimiques, tome II (Composés organiques), 15 fr.; net. 13 fr. 50
Vaquez. Hygiène des maladies du cœur, préface de Potain, rel., 4 fr.; net. 3 fr. 50
Weber. Eaux minérales et stations climatiques de l'Europe, 6 fr.; net. 5 fr. 25
Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses, 2^e série, 15 fr.; net. 13 fr. 50
 La 1^{re} série, 18 fr.; net. 16 fr. 50
Brocq. Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, 6 fr.; net. 5 fr. 25
Brun et Morax. Thérapeutique oculaire, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Cassae. Précis d'auscultation et de percussion, cart., 9 fr.; net. 8 fr.
Castex. Maladies du larynx, du nez et des oreilles, cart., 12 fr.; net. 10 fr. 50
Chuquet. Hygiène des tuberculeux, cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
Collet. Précis de pathologie interne, 2 vol. cart., 15 fr.; net. 13 fr. 50
Comby. Traité des maladies de l'enfance, 3^e édition, 20 fr.; net. 18 fr.
Coutance. Tableaux synoptiques de diagnostic, cart., 5 fr.; net. 4 fr. 50
 — Tableaux synoptiques de pathologie générale, cart., 5 fr.; net. 4 fr. 50
Cruet. Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Debove et Achard. Manuel de diagnostic médical, in-8°, rel., 18 fr.; net. 16 fr.
Delagenière. Chirurgie de l'utérus, in-8°, avec fig., 10 fr.; net. 9 fr.
Delbet. Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu), in-8°, 8 fr.; net. 7 fr.
Fournier. Traité de la syphilis, fascicule 2, 15 fr.; net. 13 fr. 50
 — Le 1^{er} fascicule, 15 fr.; net. 13 fr. 50
Gilles de la Tourette. Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux, 7 fr. 50; net. 6 fr. 50
Guiard. Traitement abortif de la blennorrhagie chez l'homme, 5 fr.; net. 4 fr. 50

Lancereaux. Traité des maladies du foie et du pancréas, 20 fr.; net. 18 fr.
Lefert. Aide-mémoire de pathologie interne, 1 vol., rel., 10 fr.; net. 9 fr.
 — Aide-mémoire de pathologie externe, 1 vol., rel., 10 fr.; net. 9 fr.
Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique, 3^e édition, rel., 20 fr.; net. 18 fr.
Marfan. Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants en bas âge, 10 fr.; net. 9 fr.
Panas. Leçons de clinique ophtalmologique, 5 fr.; net. 4 fr. 50
Pinard. Clinique obstétricale, 14 fr.; net. 12 fr. 50
Pollosson. Précis de médecine opératoire, 1 vol., cart., 6 fr.; net. 5 fr. 25
Pousson. Précis des maladies des voies urinaires, cart., 9 fr.; net. 8 fr.
Proust et Mathieu. Hygiène des diabétiques, cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
Rochard. Chirurgie d'urgence, 4 fr.; net. 3 fr. 50
Roger. Introduction à l'étude de la médecine, cart., 7 fr.; net. 6 fr.
Rollet. Traité d'ophtalmoscopie 1898, 1 vol., avec 50 photog. en couleur, 9 fr.; net. 8 fr.
Springer. Hygiène des albuminuriques, cart., 4 fr.; net. 3 fr. 50
Terrier et Hartmann. Chirurgie de l'estomac, in-8°, 15 fr.; net. 13 fr. 50
Terrier et Raymond. Chirurgie du cœur et du péricarde, cart., 3 fr.; net. 2 fr. 75
Terrier et Beaudouin. La suture intestinale, 15 fr.; net. 13 fr. 50

— Clinique médicale, 2 vol., 20 fr. net. 18 fr.
Mayet. Traité de diagnostic médical et de séméiologie, 2 vol., 24 fr.; net. 22 fr.
Robin. Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction du professeur Robin, 15 vol., 104 fr. (un exemplaire d'occasion, très propre, pour 70 fr., frais de port en sus).
Chalot. Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire, 16 fr.; net. 14 fr. 50
Forgue et Reclus. Traité de thérapeutique chirurgicale, 2 vol., 31 fr.; net. 30 fr.
Grancher, Comby et Marfan. Traité des maladies de l'enfance, 5 vol., 92 fr.; net. 80 fr.
Ribemont et Lepage. Précis d'obstétrique, rel., 30 fr.; net. 27 fr.
Labadie Lagrave et Leguen. Traité médico-chirurgical de gynécologie, 25 fr.; net. 22 fr. 50
Pozzi. Traité de gynécologie clinique et opératoire, rel., 30 fr.; net. 27 fr.
Gilles de la Tourette. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 3 vol., 22 fr. 50; net. 19 fr. 50
Raymond. Clinique des maladies du système nerveux, 3 vol., 34 fr.; net. 48 fr.
Brocq. Traitement des maladies de la peau, 15 fr.; net. 13 fr. 50
Gaucher. Leçons sur les maladies de la peau, 2 vol., 22 fr.; net. 20 fr.
Le Musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques, avec 50 planches coloriées. Un beau vol. in-4°, 100 fr.; net. 75 fr.; relié 1/2 ch.; net. 85 fr.
Panas. Traité des maladies des yeux, 2 vol., rel., 40 fr.; net. 36 fr.
Nimier et Despagne. Traité élémentaire d'ophtalmologie, rel., 20 fr.; net. 18 fr.
Fuchs. Manuel d'ophtalmologie, in-8°, rel., 25 fr.; net. 22 fr. 50
Cestan. La thérapeutique des empyèmes, in-8°, 10 fr.; net. 9 fr.
Lejars. Leçons de chirurgie, faites à la Pitié, 16 fr.; net. 14 fr. 50
Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. Manuel de pathologie externe, 4 vol., 1896-98, 40 fr.; net. 36 fr.

EXTRAIT DU CATALOGUE

Macé. Traité pratique de bactériologie, avec figures noires et coloriées, 16 fr.; net. 14 fr. 50
Debove et Achard. Manuel de médecine, 9 vol., reliure souple 144 (1 exemplaire d'occasion, très propre, pour 100 fr., frais de port en sus).
Dieulafoy. Manuel de pathologie interne, 11^e édit., 4 vol., rel., 28 fr.; net. 25 fr.

ANALGÉSIQUE LOCAL

Toxicité nulle — Effets durables — Action cicatrisante

ORTHOFORME "CREIL"

NOMS ET MARQUES DÉPOSÉS

Effet analgésique prolongé (6 à 24 heures) et inoffensif

DANS TOUS LES CAS DE

PLAIES DOULOUREUSES

Carcinome du Sein, — Crevasses du Mamelon,
 Hémorroïdes, — Cancer du Rectum,
 Ulcérations vésicales,
 Ulcérations laryngées et pharyngées
 tuberculeuses ou spécifiques,
 Ulcère rond, — Carcinome de l'Estomac,

Brûlures profondes ou superficielles,

Fissures linguales,
 Aphtes, — Herpès, — Zona,
 Carie dentaire,
 Prurit vulvaire,
 Pansement des Vésicatoires et des Cautérisations,
 etc., etc.

USAGE EXTERNE: Poudre, Solution alcoolique saturée, Pommade (10 à 20 %).

USAGE INTERNE: Un gramme répété trois fois par jour.

VENTE EN GROS:

COMPAGNIE PARISIENNE de COULEURS d'ANILINE, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris.

Se trouve chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE Secrétaire GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire
J. BAROZZI — P. DESFOSSÉS Secrétaire adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris. »

SOMMAIRE

ÉTUDE SUR LES ÉRUPTIONS « MAL CARACTÉRISÉES » DE LA VACCINE; LEUR SIGNIFICATION, par M. J. CASTERET. 391

MÉDECINE PRATIQUE

Les savons au point de vue médical, par M. H. LABRÉ. 302

ANALYSES

Bactériologie : Recherches sur l'endocardite, par M. F. HARBITZ. 304
Médecine : Délire toxémique des cardiaques, par M. J. TELGMANN. 301
Chirurgie : Ligature transpéritonéale des artères iliaques, par M. BERNARD PITTS. 304
Obstétrique et gynécologie : Nouvelle méthode de traitement du prolapsus utérin avec 10 observations, par M. J. INGLIS PEARSONS. 304
Maladies des enfants : Poliomyélite aiguë mortelle avec autopsie, par M. E. HAGENBACH-BURCKHART. 304

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences : De l'angle d'inclinaison des côtes étudié à l'aide de la radioscopie et de la radiographie à l'état sain et à l'état morbide, en particulier dans la pleurésie sans épanchement, MM. BOUCHARD et H. GUILLEMINOT. — Sur un champignon parasite du cancer, M. J. CHEVALIER. — Oscillations nerveuses à la suite des excitations unipolaires; méthode pour la mesure de leur vitesse de propagation, M. AUG. CHARPENTIER. — Sur la présence de l'iode dans les eaux minérales de Royat, M. A. DEMON. — Liège et lésérine; étude physiologique et toxicologique, M. A. JOANIN. — Rayons émis par une pointe électrisée, M. S. LÉDUC. 246

Société de chirurgie : Traitement des hémorroides, M. BAZY, MM. BERGER, ROGLIOS, TUFFIER. — Tumeur d'origine indéterminée du cœcum, provenant de cause inflammatoire, M. GÉRAUD MARCHANT. — Tumeur cancéreuse du cœcum et de la partie terminale de l'iléon; ablation par laparotomie, M. MOSNO. 241

Société médicale des hôpitaux : Note sur l'emploi thérapeutique de l'acide acétylique, M. DANLOS. — Hyperglobulie et spléno-mégalie, M. VAGIÈZ, M. VIDAL. — Le pouls hésitant et sa valeur pronostique dans la pneumonie franche lobaire aiguë, M. GAUBIÈRE. — Les causes de l'urémie convulsive, MM. L. GUINON et RIBERRE, M. VIDAL. — Abscès de cerveau sous-cortical consécutif à un traumatisme sans lésion du cuir chevelu et des os du crâne, M. HIRTZ, MM. RENZI, RAYMOND. — Adénite iliaque et phlogmatia du membre inférieur gauche consécutives au chancre mou, M. GALLIARD. — Mort subite dans un cas de confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur, MM. ROUBINOVITCH et HIRSCHBERG, M. MEKLEN. — Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie, MM. TOULOUSE et MARCHAND. 242

Société anatomique : Trombose de l'aorte abdominale et des sous-clavières, MM. HUCHARD et MILHET. — Lésions de la muqueuse ulcéro-nécrotique dans un cas de grossesse ectopique, M. CORNÉL. — Noyau cancéreux de la peau secondaire à un cancer rectal, M. LERBOLLETT. — Maladie d'Addison; tuberculose limitée aux capsules surrénales, M. POULAIN. — Anomalie appendiculaire, M. ALEX. GEORGIJEFF. — Calculs latents de la vésicule biliaire, M. SANDRAS. — Kystes sous-cutanés à contenu cré-

meux; origine coccidienne possible, M. MILIAN. — Cancer gastrique avec noyaux secondaires dans le foie et poche néoplasique hémorragique, M. NIGANSK. — Hernie de la fosse iliaque, M. SAVARIAUD. — Anévrisme du nerf musculo-cutané, M. SAVARIAUD. — Anévrisme du pli du coude, M. MORESTIN. — Résection de la veine, avec guérison, dans un cas de phlébite puerpérale, de la sphère, M. MORESTIN, MM. BRAULT, LETULLE, MORESTIN. — Rapports du bord du foie avec le rebord costal gauche, M. VERMOREL. — Epithélioma du frein de la langue, M. MORESTIN. — Fracture du bassin, M. MÉVIER, M. MORESTIN. — Perforation, par éclatement, du colon ascendant, consécutive à un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque, M. G. LEYS, M. LETULLE. — Cancer primitif du poulmon, M. L. LE SOURD, MM. BRAULT, LETULLE. — Anévrisme du myocarde ouvert dans le péricarde, M. GÉRAUD. — Kyste hydatidique de l'orbite, M. RENDRILLY. — Sur l'histologie des corps jaunes, M. CORNÉL, M. DURANTE. — Sur le traitement des fistules biliaires consécutives aux plaies du foie, M. AUVRAY. — Aurie calculeuse; destruction du rein du côté opposé à l'oblitération urétérale, M. AUVRAY. — Aurie calculeuse; lésions rénales doubles, M. MARCILLE, M. BRAULT. — Endocardite pariétale de l'oreille gauche, MM. MILIAN et HIRBSCHMIDT, MM. CORNÉL, BRAULT. — Foie en apparence cicatriciel, sans spléno-mégalie, M. MILIAN et P. PASQUIER. — Porencéphalie acquise, traumatique, M. MARCEL LABRÉ, M. CORNÉL. — Cancer vésical ayant perforé l'intestin, M. SACQUÈPÈRE, M. LETULLE. — Lipôme du pouce, M. SACQUÈPÈRE. — Péricardite hémorragique chronique chez un chien, M. G. PETIT. — Tuberculose primitive de la rotule, M. GUIBAL. — Déplacement des surfaces articulaires du genou dans la tumeur blanche, M. GUIBAL. — Grandes ulcérations de l'estomac et du duodénum au cours d'une pneumonie suppurée, M. GRIFFON, M. LETULLE. 243

Société d'obstétrique de Paris : Femme atteinte de spindylolithésis au début, MM. BOFFENOIR et SEVRAVY. — Présentation de la pièce anatomique d'une grossesse extra-utérine interstitielle, M. BRILACRAY, M. BAR. — Présentation de pièces anatomiques montrant des lésions des reins dans l'éclampsie puerpérale, M. BAR. — Présentation de pièces se rapportant à la grossesse gémellaire univittelline et provenant de la Maternité, M. LAMOUROUX, MM. PORAK, BAR. — Présentation de plusieurs modèles d'omphalotribes, M. PORAK. — Un cas de grossesse à diagnostic difficile, MM. DAMAS et ARMAND, M. BUDIN. — De l'accouchement chirurgical, MM. ROCHERLAVER et DAMAS. — Ouite à streptocoques traitée par les injections sous-cutanées de sérum de Marmoreck, MM. CHAVANNE et H. DE ROTHSCHILD. 244

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouveau traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse. — Traitement de l'ophthalmie hémorragique par le calomel. 245

Répertoire thérapeutique. 246

RENSEIGNEMENTS

Étudiant en médecine, pourvu de toutes ses inscriptions, désire faire remplacement Paris ou province, S'adresser au journal (375).

Étudiant en médecine, très sérieux, devant soutenir thèse en novembre prochain, ex-interne des hôpitaux (province), ferait des remplacements Paris et province. S'adresser au journal (376).

INSTITUT ZANDER

21, rue d'Artois, 21

MÉCANOTHÉRAPIE

ORTHOPÉDIE

MASSAGE

VARIÉTÉS

La prophylaxie de la tuberculose à Naples au siècle dernier. — Dans le bulletin de Mai de l'Œuvre des enfants tuberculeux on trouve signalé un décret qui montre qu'il y a un siècle on n'hésitait pas à imposer dans certains pays les mesures les plus rigoureuses pour sauvegarder la population de la contagion de la tuberculose.

Voici, en effet, le décret mis en vigueur à Naples, le 19 Juillet 1782 : « Conformément à l'avis du Conseil sanitaire suprême, à dater de ce jour, tout médecin ayant à donner des soins à un malade atteint d'ulcère du poulmon devra en faire immédiatement la déclaration, sous peine d'une d'amende de 300 ducats pour première infraction et d'un bannissement de dix ans en cas de récidive. Le traitement des malades pauvres à l'hôpital est obligatoire. Leur linge et leurs effets seront emmagasinés à part : un inventaire minutieux en sera dressé, renouvelé après la mort des malades. Toute irrégularité sera punie de la prison ou des galères. On désinfectera une partie des objets à leur usage et on brûlera le reste. Les amendes les plus sévères seront portées contre ceux qui auront vendu ou acheté leurs effets. Les appartements qu'ils auront occupés seront désinfectés. On renouvellera les planchers, les tentures, on brûlera les portes et les fenêtres; les locaux ne seront réoccupés qu'au bout d'une année. » D.

Voir les Nouvelles à la dernière page.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

12 Juin 1899.

De l'angle d'inclinaison des côtes étudié à l'aide de la radioscopie et de la radiographie à l'état sain et à l'état morbide, en particulier dans la pleurésie sans épanchement. — MM. Bouchard et H. Guilleminot. Si nous observons un sujet pendant qu'il respire, au moyen de la radioscopie, nous voyons que ses côtes s'élèvent pendant l'inspiration et s'abaissent pendant l'expiration. Ce mouvement chez le sujet sain paraît approximativement symétrique à droite et à gauche. En outre, chez lui, les côtes paraissent inclinées également des deux côtés.

Dans la pleurésie récente et unilatérale, les côtes du côté malade paraissent avoir moins d'amplitude oscillatoire que du côté sain; en outre, il semble qu'elles soient plus inclinées.

Chez le pleurétique ancien, nous avons pu constater des différences angulaires telles que, à première vue, la grande inclinaison du côté malade apparaît saillante.

Chez les tuberculeux anciens et avancés, avec lésions

POUGUES TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

"POUDRE LAXATIVE DE VICHY" — Constipation.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

VIP. ANKÉR. T. J. — N° 50. 24 JUIN 1899.

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptie de la peau et des muqueuses.

AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

unilatérales, malgré le peu de transparence du côté malade, l'angle costal paraît aussi beaucoup plus aigu de ce côté. On peut démontrer par la radiographie cette constatation radioscopique en dissociant les phases inspiratoire et expiratoire; on obtient ainsi l'image du thorax au maximum de l'inspiration et au minimum de l'expiration.

La comparaison d'un côté du thorax avec l'autre nécessite la détermination d'un axe horizontal, c'est-à-dire perpendiculaire à la ligne médio-rachidienne. Cet axe doit être à la même hauteur dans les deux épreuves pour faciliter leur rapprochement.

Le mode opératoire suivant permet d'y arriver; un repère métallique est fixé dans le dos du malade sur la ligne épineuse ou à une distance connue de cette ligne. Un autre repère le croise perpendiculairement ou, du moins, autant qu'il est possible de le faire sur le sujet.

L'épreuve obtenue porte en noir la projection de ces repères. L'axe médio-rachidien est tracé sur l'épreuve plus d'après l'ombre projetée des corps vertébraux que d'après la direction du repère vertical, qui sert surtout à contrôler l'identité des coordonnées dans les deux épreuves.

Une perpendiculaire à cet axe est menée du point de croisement des repères. Cette horizontale est elle-même contrôlée par le second repère sur toute sa longueur dans l'épreuve d'inspiration et dans l'épreuve d'expiration.

L'inclinaison d'une côte ne peut se mesurer directement sans que l'on s'expose à des erreurs. Ce que nous mesurons, c'est, au moyen de chiffres précis, la pente costale, c'est-à-dire le rapport de l'accroissement de l'ordonnée à celui de l'abscisse quand on s'éloigne de l'axe rachidien. La pente varie aussi suivant les points où l'on se place; aussi ne la considérons nous qu'entre deux points définis distants de 0 m. 04 et 0 m. 08 de l'axe rachidien. La pente varie aussi suivant les diversités individuelles de chaque côte; aussi considérons-nous toujours les pentes de plusieurs côtes pour en prendre la moyenne.

La pente moyenne de la côte moyenne entre l'abscisse 0 m. 04 et l'abscisse 0 m. 08 étant la cotangente de l'angle d'inclinaison de cette côte sur l'axe rachidien, rien n'est plus simple dès lors que de connaître cet angle.

On arrive ainsi aux résultats suivants :

1° Chez les sujets sains, la pente moyenne des côtes est la même à droite et à gauche;

2° Chez les sujets, l'amplitude oscillatoire qui varie, sur nos épreuves, de 3° à 5° est à peu près la même à droite et à gauche. Notons cependant que, dans les cas particuliers étudiés, elle paraît un peu plus grande à droite qu'à gauche;

3° Chez les pleurétiques ou les anciens tuberculeux, les pentes costales sont dissemblables, toujours plus prononcées du côté malade (de 3° à 6° dans les cas considérés);

4° Chez ces sujets, l'amplitude oscillatoire des côtes pendant la respiration est très diminuée. Le type abdominal prédomine même chez la femme. L'une d'elles, avec une amplitude diaphragmatique de plus de 16 millimètres avait des côtes presque immobiles.

Sur un champignon parasite du cancer. — M. J. Chevalier. J'ai comparé les préparations que j'ai faites d'un champignon parasite du cancer avec celles obtenues par M. Bra, et nous sommes arrivés à l'identification complète des deux parasites.

Oscillations nerveuses à la suite des excitations unipolaires; méthode pour la mesure de leur vitesse de propagation. — M. Aug. Charpentier. Si, sur deux points déterminés d'un nerf on produit deux excitations identiques, séparées par des espaces de temps variables, de l'ordre des dix-millièmes de seconde, on constatera des oscillations dans l'intensité de la réaction musculaire provoquée.

Pour un certain intervalle cette réaction sera nulle; elle reparaitra, augmentera, puis diminuera pour des intervalles de temps croissants, et s'annulera de nouveau pour un autre intervalle déterminé.

De la connaissance de ces intervalles de temps et de celle de la distance qui sépare les deux points du nerf successivement excités, on peut déduire : la vitesse de propagation, la durée, la fréquence, la longueur d'onde des oscillations.

Sur la présence de l'iode dans les eaux minérales de Royat. — M. A. Duboin. On ne trouve d'iode dans les eaux de Royat qu'à l'état de combinaisons organiques, solubles et insolubles. Le caractère organique de ces combinaisons explique cette particularité des eaux minérales, de perdre quelques-uns de leurs caractères utiles lorsqu'on ne les utilise pas sur place.

Lierre et hédérine. Etude physiologique et toxicologique. — M. A. Joannin. De tout temps, le lierre a été considéré comme une plante suspecte et dangereuse. Si l'on a pu lui reconnaître de nombreuses propriétés thérapeutiques, et si quelques auteurs ont pu recommander les fruits de cette plante comme purgatifs, l'emploi du lierre comme plante médicamenteuse est actuellement tombé dans l'oubli. Néanmoins, les fruits de *Phedera heli* déterminent a-ses souvent chez les enfants des phénomènes d'intoxication parfois mortels.

Nous avons étudié l'action toxique et physiologique de l'hédérine, glucoside le plus important du lierre, et dont l'étude chimique est due à M. Houdas.

Les animaux à sang froid sont peu sensibles à l'action de l'hédérine, il faut aller jusqu'à 5 milligrammes chez la grenouille pour voir la mort survenir très lentement au bout de vingt-quatre ou trente heures à la suite d'une paralysie progressive.

Pour les animaux à sang chaud, des doses relativement très faibles sont mortelles.

Les symptômes d'intoxication observés chez les cobayes et les lapins, après des injections hypodermiques de 5 à 7 centigrammes par kilo d'animal peuvent se résumer ainsi : abattement, frisson, hypothermie, météorisme, diarrhée parfois sanguinolente, coma, mort.

Par ingestion, chez les chiens, l'hédérine donne lieu à des phénomènes émetiques : vomissement, purgation.

La pression artérielle baisse d'une façon passagère avec des doses faibles, et d'une façon progressivement croissante jusqu'à la mort avec des doses fortes.

L'hédérine peut donc être considérée, au point de vue pharmacodynamique, comme un éméto-cathartique. Les lésions qu'elle détermine se rapprochent d'ailleurs beaucoup des lésions observées sous l'influence des drastiques.

Rayons émis par une pointe électrisée. — M. S. Leduc. Une pointe, en rapport avec l'un quelconque des pôles d'une machine électrostatique, l'autre pôle étant isolé, émet des rayons non éclairants, impressionnant en quelques secondes une plaque photographique au gélatino-bromure d'argent.

Ces rayons possèdent les propriétés des rayons violets et ultra-violet du spectre.

M. Finsen, de Copenhague, a montré l'efficacité des rayons chimiques du spectre pour le traitement de certaines dermatoses. La même action a été attribuée au souffle émanant d'une pointe électrisée par le professeur Doumer, de Lille.

E. JOLIA.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

21 Juin 1893.

Traitement des hémorroïdes. — M. Bazy. J'emploie le fer rouge sous la forme des pincées-cautères écrasantes du prof. Richet et sous la forme du thermocautère; j'emploie aussi le bistouri pour extirper, suivant le mode de Whitehead, les hémorroïdes.

J'estime en effet que chaque procédé a ses indications.

On voit de quel principe est né le traitement des hémorroïdes par le fer rouge : il est né de la crainte de l'infection purulente à la suite des sections au couteau. Cette crainte n'est plus de mise aujourd'hui et si je continue à employer le fer rouge, ainsi que quelques-uns de nos collègues, je crois, c'est qu'il remplit d'autres indications que le bistouri; et, voyez comme il est difficile d'écrire l'histoire, c'est précisément parce que j'ai vu l'innocuité du procédé que je l'ai conservé; je ne serais hâté de l'abandonner si j'en eusse vu les méfaits.

Mais si j'emploie le fer rouge, j'use aussi du bistouri, et j'en use suivant les indications fournies par la modalité du mal que j'ai à traiter.

J'emploie la pince-cautère écrasante du professeur Richet, le thermocautère et le bistouri, je fais la volatilisation des hémorroïdes, je fais l'ignipuncture, je fais l'ablation.

Les indications de la volatilisation sont celles qu'a indiquées M. Quénu à propos de la cautérisation; j'y ajouterai l'indication, plus importante à mon avis, tirée de l'état d'anémie extrême dans laquelle se trouvent quelques malades qui ont trop longtemps obéi à cette croyance erronée d'après laquelle il faut, sous peine d'accidents graves, respecter les hémorroïdes.

Je l'utilise aussi pour ces cas d'hémorroïdes volumineuses, énormes, comme en ont quelques sujets, que celles-ci soient ou non enflammées.

Le thermocautère, je l'emploie en ignipuncture pour les hémorroïdes localisées à un point du pourtour de l'anus et chez les malades que le mot opération effraye ou que les préparatifs ou les allures d'une opération peuvent effrayer. On peut ainsi, seul, sans aides, faire disparaître les bourrelets hémorroïdaires.

Les arguments invoqués en faveur du bistouri contre le fer rouge ne me paraissent pas suffisants pour faire abandonner ce dernier dans les cas où il est indiqué.

Quant à la douleur, si, dans la volatilisation, on prend la précaution de bien protéger la peau avoisinant l'anus contre le rayonnement du fer par des compresses froides et exactement appliquées, elle est très supportable; je n'ai pas jusqu'à dire qu'elle est nulle, comme on dit qu'elle l'est après l'opération de Whitehead.

M. Quénu nous a dit que les opérés à l'anus ne souffraient pas, tant qu'il n'y avait pas d'infection, et comme on pouvait éviter cette infection par les procédés sanglants, il n'y avait pas de douleurs dans ces cas, tandis que, ne pouvant pas l'éviter, quand on fait une opération au fer rouge, elle est inévitable.

La douleur est loin d'être fonction d'infection. Les opérés de volatilisation souffrent dans les premières heures, comme les opérés au bistouri, et plus tard ils ne souffrent plus du tout. J'insiste encore sur le point suivant :

Les malades auxquels on a fait la dilatation forcée du sphincter anal souffrent après l'opération, et je ne com-

prends pas comment les malades auxquels, après avoir fait la dilatation forcée de l'anus, on coupe la région, seraient à l'abri de la douleur.

L'argument tiré de la rétention d'urine après l'opération n'a aucune valeur, attendu qu'on peut observer cette complication à la suite de toutes les opérations sur le rectum, et pas plus fréquemment à la suite de la cautérisation qu'à la suite des opérations sanglantes.

Pour ce qui est de l'ablation au bistouri, je dirai seulement qu'il faudrait faire porter l'incision toujours à l'union de la muqueuse et de la peau, et ne jamais sectionner de peau. En procédant ainsi, on risque fort de laisser dans quelques cas, tout autour de l'anus, un bourrelet cutané fort gênant.

La plupart, sinon toutes les hémorroïdes internes, sont bordées d'un bourrelet d'hémorroïdes internes formant autour des premières des franges d'inégale longueur.

Si l'on voulait s'astreindre à suivre avec le bistouri la ligne de jonction de la muqueuse à la peau, on laisserait autour de l'anus, une fois l'opération achevée, une série d'appendices qui peuvent devenir fort gênants.

Il faut donc savoir enlever la quantité de peau nécessaire pour éviter cet inconvénient, tout en évitant l'inconvénient contraire, celui d'éverser la muqueuse rectale.

M. Berger. Les méthodes et les opérations les plus diverses appliquées au traitement des hémorroïdes précitées donnent des résultats à peu près équivalents.

Il faut d'abord s'entendre et limiter cette question au traitement du prolapsus hémorroïdaire; il existe des hémorroïdes de bien des espèces, et confondre toutes les formes qu'elles présentent, tous les accidents qu'elles déterminent dans la même indication chirurgicale, est une confusion qu'il faut éviter.

Avec M. Quénu, je distinguerai, comme donnant lieu à l'intervention chirurgicale, quatre formes d'accidents hémorroïdaires : les hémorroïdes saignantes, les hémorroïdes douloureuses, les hémorroïdes enflam-mées, les hémorroïdes précitées.

Plusieurs de ces formes peuvent coexister, et l'on voit souvent des prolapsus hémorroïdaires enflam-més et devenus irréductibles donner lieu aux douleurs les plus vives; ou, quoique réductibles, saigner abondamment à chaque défécation.

Contre les douleurs sphinctérales qui déterminent souvent les hémorroïdes, contre les saignements surtout, enfin pour prévenir les crises de tuméfaction douloureuse revenant à intervalles plus ou moins éloignés, mais moins que pour les deux indications précédentes, nous possédons dans la dilatation anale une ressource des plus précieuses, mais celle-ci n'est d'aucun secours contre le prolapsus hémorroïdaire habituel qui se fait au moment des évacuations intestinales ou même dans la marche; au contraire, elle aggrave parfois cet état en relâchant outre mesure le sphincter anal. Verneuil le savait bien et je lui ai souvent entendu dire que la dilatation était insuffisante à remédier au prolapsus hémorroïdaire.

Je ne dirai rien du traitement des crises douloureuses aiguës provoquées par les inflammations du bourrelet hémorroïdaire, véritables phlébites variqueuses, au moment desquelles il est plus prudent, je le crois, de s'abstenir, attendant, pour opérer, que l'infection passagère qui est la cause des accidents se soit dissipée; on peut, néanmoins, soulager beaucoup ceux qui en souffrent en piquant les hémorroïdes les plus distendues, sauf à les recouvrir ensuite d'un pansement antiseptique humide.

Contre le prolapsus hémorroïdaire c'est à la cautérisation que j'ai encore recours, à la destruction des hémorroïdes précitées par la cautérisation. Mais ce n'est pas au thermocautère que je m'adresse, comme MM. Til-laux et Pozzi, c'est à la volatilisation de M. Richet, c'est à sa pince-cautère que, depuis vingt-cinq ans, j'ai recours, tout au moins dans le plus grand nombre des cas où la destruction du prolapsus hémorroïdaire me semble nécessaire.

Depuis vingt-cinq ans que je répète cette opération, je n'ai vu qu'une hémorragie et cette hémorragie aurait pu être évitée si elle eût été mieux traitée.

Que reproche-t-on donc à cette intervention? La douleur? Mais elle est moins vive qu'on ne pense, surtout si l'on a soin de ne pas mettre dans l'anus une mèche de gaze trop grosse; de plus en plus je tends à faire un pansement extérieur.

Quant aux rétrécissements consécutifs, jamais je n'en ai observé.

Les récidives, j'en ai eu quelques-unes que m'aurait sans doute données tout autre procédé.

Relativement au temps, en prenant les chiffres de M. Quénu, je ne trouve pas que mes malades soient immobilisés plus longtemps; sans doute, au bout de dix à quinze jours, ils ne sont pas complètement guéris, mais ils vont et viennent et reprennent leur train de vie.

Je ne dis pas cependant qu'il faille s'en tenir à la volatilisation de Richet. Sans doute le bistouri, entre les mains d'un chirurgien habile, donnera de bons résultats. Mais cette exécution demande plus de soins préparatoires; elle exige des connaissances chirurgicales et c'est pour cela que je tiens à montrer qu'il existe un autre procédé à la portée de tous les médecins et qui donne d'aussi bons résultats que l'opération de Whitehead.

M. Roclus. Comme M. Berger, je pense qu'il y a de

nombreux procédés de traitement des hémorroïdes. Les faits allégués par MM. Tillaux, Berger et Pozzi montrent suffisamment que l'ignipuncture donne des résultats bons et durables. Mais il me semble que l'excision au bistouri est encore une meilleure opération que l'ignipuncture et c'est pourquoi je continue à la préconiser. J'y avais recouru avant la publication des travaux de Whitehead et j'y reste fidèle.

L'anesthésie à la cocaïne me donne une insensibilité aussi complète que l'anesthésie au chloroforme et je la recommande.

Relativement à la douleur, tout en reconnaissant combien il est difficile de porter une appréciation exacte en pareille matière, je crois que l'excision au bistouri est suivie de phénomènes douloureux moins intenses que l'ignipuncture ou la volatilisation.

M. Tuffier. Notre discussion sur le procédé de Whitehead dans le traitement des hémorroïdes s'est étendue et nous sommes maintenant engagés dans les indications opératoires générales de cette maladie. Je vais donc envisager deux points : 1° l'indication opératoire ; 2° le manuel opératoire.

Les accidents qui nous conduisent à l'intervention sont : les hémorragies, les douleurs, le prolapsus.

Je diviserai les hémorroïdes accompagnées d'accidents en trois groupes : les hémorroïdes auxquelles il ne faut pas toucher, — celles que l'on peut opérer, — celles que l'on doit opérer :

1° J'ai suivi pendant de longues années des malades qui perdent presque à chaque selle un peu de sang, et auxquels je n'ai proposé aucune intervention. Les uns sont des malades à tempérament sanguin, dont la face est congestionnée, dont tous les vaisseaux sont variqueux, dont les vaso-moteurs tout particulièrement sensibles, provoquent des congestions cutanées ou viscérales passagères, et qui, malgré leurs pertes sanguines, conservent une santé et une activité parfaites.

D'autres sont des névropathes plus ou moins dégénérés, irritables. J'ai vu une de ces malades qui, après la suppression de ces hémorroïdes, eut des crises de véritable monie, et je ne sais vraiment pas dans quelle mesure mon intervention fut responsable de ces accidents.

2° L'intervention n'est pas plus urgente dans les cas d'hémorragie peu abondante, de prolapsus léger pendant la défécation. En dehors de ces cas, les hémorragies graves ou entraînant l'anémie du malade, douleurs vives pendant ou après la défécation, prolapsus volumineux progressif ou difficilement réductible, constituent les indications opératoires.

Les procédés à employer ne me paraissent pas résider dans la seule et unique excision à la Whitehead plus ou moins modifiée, simplifiée ou compliquée, et je me range sur ce point à un électisme qui ne me semble nullement suranné ou rétrograde. Les cas que j'ai vus et suivis sont assez anciens et assez nombreux pour permettre ces distinctions. Les hémorroïdes douloureuses dont j'ai vu plusieurs exemples, reconnaissent des indications opératoires différentes suivant la nature de ces douleurs.

Les hémorragies et le prolapsus constituent les deux grands accidents qui nous obligent à intervenir : les hémorragies, je les ai presque toujours vues sourdre d'une même hémorroïde ; et pendant l'opération, chez un de mes malades, j'ai vu la cause même de cette perte de sang ; l'hémorroïde en question, qui n'était pas la plus volumineuse, présentait une artère lésée que je dus lier pendant l'opération.

Contre le prolapsus intervient le choix du procédé opératoire. Je me hâte de dire que du moment où vous détruisez l'hémorroïde sans accident, tous les procédés sont bons, tous m'ont donné des succès parfaits et durables. La cautérisation au fer rouge ou au thermocautère, l'excision et la suture, l'opération de Whitehead ont guéri également nos malades. Je n'attache aucune importance réelle à ce prétendu état variqueux général de la muqueuse rectale qui devrait faiblement amener une récidive ; cela est absolument fantaisiste puisque ni M. Tillaux ni M. Pozzi n'ont vu ces fameuses récidives. Il faut donc chercher ailleurs l'indication à l'exercice radicale. Il faut avant tout se comporter suivant les cas, et l'expérience me conduit à cette conclusion : en face d'une hémorroïdaire aux accidents hémorragiques graves, je fais d'abord la dilatation anale, et c'est après ce premier temps que je prends un parti.

Si je trouve sur la muqueuse rectale deux ou trois points variqueux non précédents, j'en fais la cautérisation ignée au thermocautère, à l'ignipuncture, je rentre le tout dans le rectum avec une mèche aseptique que j'enlève après vingt-quatre heures. Lorsque ces mêmes varices sont précédentes, pédiculées, je les sectionne à leur base, je fais l'hémostase par ligature et je suture au catgut la plaie muqueuse.

Si, enfin, le bourrelet fait un cercle complet, je pratique le procédé de Whitehead, que je trouve facile, commode, donnant un résultat bien net, bien propre, bien radical. Je me suis toujours conformé aux préceptes donnés par l'auteur de la méthode, et je ne l'ai point modifiée et je m'en suis bien trouvé.

A mon avis, ce sont surtout pour les cas d'hémorroïdes avec prolapsus que l'indication de l'exercice radicale est formelle ; c'est alors que le Whitehead me paraît la seule méthode applicable, la seule logique et efficace, à condition de ne pas faire de perte de substance trop étendue, de ne pas avoir de tiraillements de la mu-

queuse. Le résultat est vraiment alors digne de tous les éloges que lui ont donné ici ses défenseurs peut-être trop exclusifs.

Je crois donc que là, comme ailleurs, en thérapeutique chirurgicale, il faut être électrique et appliquer à chaque cas le procédé qui lui convient.

Tumeur d'origine indéterminée du cæcum, probablement de cause inflammatoire. — M. Gérard Marchant. M. Demoulin nous a envoyé une observation qui peut être résumée de la façon suivante : Symptômes d'occlusion intestinale, occasionnés par un rétrécissement inflammatoire du cæcum. Résection partielle de cette portion de l'intestin. Guérison opératoire et thérapeutique.

Le point intéressant tient dans la nature histologique de cette tumeur.

« Elle mesurait 4 centimètres de longueur, 3 centimètres à 3 cent. 1/2 de largeur, son épaisseur (partie qui s'étendait de la face externe du cæcum à la valvule) 2 cent. 1/2. MM. Castaigne et Lavillauroy, internes des hôpitaux, firent des coupes qu'ils montrèrent à M. Gombault, et dans lesquelles on ne reconnut d'autres lésions que celles d'une inflammation banale, ayant envahi la tunique celluleuse de l'intestin. On crut avoir fait les coupes dans le tissu voisin de la tumeur, on recommença les examens sur d'autres parties de la portion enlevée, et le résultat de l'examen microscopique fut le même. L'examen histologique montre que ce n'est ni un néoplasme, ni de la tuberculose, ni du lymphadénisme, mais simplement un épaississement inflammatoire comblant et épaississant la tunique sous-muqueuse. »

Les observations de rétrécissement inflammatoire du cæcum sont rares ; dans nos Bulletins de 1895, il en existe un cas, et j'en ai observé moi-même un exemple.

Tumeur cancéreuse du cæcum et de la partie terminale de l'iléon. Ablation par laparotomie.

— M. Monod présente au nom de M. Arrou et de lui-même, une volumineuse tumeur qui siègeait au point d'union du cæcum et de l'iléon. On voit, du reste, sur la pièce, l'intestin grêle pénétrer dans la tumeur et le gros intestin en sortir, séparés l'un de l'autre par une cavité putrilagineuse, formée aux dépens de la masse néoplasique.

La tumeur a été enlevée par laparotomie médiane et section du gros et du petit intestin, au delà et en deçà de la tumeur. Les deux orifices de section sont complètement fermés par un triple surjet à la soie, et le cours de la circulation intestinale rétabli par une entéro-anastomose latérale.

La malade, opérée le 7 et huit jours, va bien et peut être considérée comme en voie de guérison. Elle a été spontanément à la selle dès le deuxième jour.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

16 Juin 1899.

Note sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique. — M. Danlos. Depuis 1896, j'ai employé l'acide cacodylique contre les dermatoses suivantes : psoriasis, acné, lichen plan, lupus érythémateux, tuberculose cutanée, maladie de Duhring, adénie tuberculeuse, sarcomatose de la peau, lympho-sarcome ganglionnaire, mycosis fongicide.

Les doses du médicament ont varié suivant le mode d'administration ; en moyenne, j'ai donné de 40 à 60 centigrammes par jour, pour les hommes, d'acide cacodylique neutralisé, 30 à 40 pour les femmes, quand le médicament fut pris par la voie stomacale.

Par la voie hypodermique, que je considère comme plus sûre, je n'ai pas dépassé 40 centigrammes.

Aux doses que j'ai prescrites, le médicament peut être continué pendant fort longtemps.

Après une longue pratique de ce médicament, je crois pouvoir formuler ainsi les avantages de l'acide cacodylique sur les arsenicaux ordinaires : activité plus grande, toxicité infiniment moindre, doses maniées beaucoup plus larges, indolence presque complète en injections hypodermiques.

À côté de ces avantages, l'acide cacodylique n'est pas sans présenter quelques inconvénients : odeur alliée désagréable et persistante de l'haleine, fétidité excessive des gardes-robes, coliques fréquentes, poussées de dermatite exfoliative, enfin, possibilité de névrite arsenicale.

De plus, dans nombre de cas de psoriasis, il n'éloigne pas les récidives, quelquefois même il perd son activité dans les récidives, on ne saurait donc l'envisager comme un spécifique.

Hyperglobulie et splénomégalie. — M. Vaquez. MM. Rendu et Vidal ont appelé dernièrement l'attention sur un syndrome caractérisé par l'hyperglobulie, la cyanose, la splénomégalie. Ces trois symptômes paraissent indissolublement liés et en quelque sorte découlant l'un de l'autre ; ainsi, la cyanose ne serait que la traduction clinique de l'hyperglobulie. Cependant dans le cas de MM. Moutard-Martin et Lefas, la cyanose manquait. De plus, on voit beaucoup d'hyperglobulies, celle des altitudes par exemple, qui ne s'accompagnent jamais de cyanose. Il est donc légitime de laisser de côté ce phénomène de la cyanose et de retenir l'associa-

tion de l'hyperglobulie de la rate avec augmentation des globules rouges.

M. Vidal. Quelques semaines après que M. Rendu eut publié la première partie de notre observation dans le numéro du 6 Avril 1892 des *Annales de Médecine et de Chirurgie* en insistant sur le rapprochement à établir entre la splénomégalie et l'hyperglobulie, M. Vaquez a rapporté un cas d'hyperglobulie et de cyanose chez un malade porteur d'un gros foie et d'une grosse rate. Mais pour expliquer l'hyperglobulie et la cyanose, il avait à cette époque émis l'hypothèse de l'existence chez ce malade d'une lésion congénitale du cœur ; il s'était pourtant demandé si l'hyperglobulie du foie et de la rate ne jouaient pas un rôle accessoire dans la genèse des deux symptômes. A l'autopsie publiée en 1893, on ne trouve pas de lésion cardiaque, mais une hypertrophie du foie et de la rate. A ce propos, j'ai rappelé le cas qui m'est commun avec M. Rendu, et j'attirai l'attention des cliniciens sur la triade symptomatique constituée par la splénomégalie, l'hyperglobulie et la cyanose, triade dont l'existence est bien réelle puisqu'elle a été constatée dans notre observation et ensuite dans celle de M. Vaquez.

J'ai, d'autre part, toujours pensé comme le pense M. Vaquez que l'hyperglobulie et la splénomégalie sont les deux termes les plus importants du syndrome sur lequel nous avons appelé l'attention avec M. Rendu ; la cyanose doit être l'élément le plus accessoire, et il peut manquer, comme le prouve l'observation de MM. Moutard-Martin et Lefas. Nous nous sommes surtout efforcés de montrer avec M. Rendu qu'une altération de sang, telle que l'hyperglobulie, méritait d'être rapprochée de la lésion d'un organe hémato-poïétique tel que la rate.

Le pouls hésitant et sa valeur pronostic dans la pneumonie franche lobaire aiguë. — M. Carrière. Sur six malades qui présentèrent ces symptômes, cinq sont morts. Il est donc légitime de penser que c'est là un symptôme qui ne se produit que dans les formes graves. Ce pouls hésitant paraît résulter d'une myocardite segmentaire compliquant la pneumonie.

23 Juin 1899.

Les causes de l'urémie convulsive. — MM. L. Guinon et Ribierre. On se rappelle que M. Vidal, à propos d'une communication de M. Souques sur le rhumatisme cérébral, soutint cette idée, basée sur une observation, que l'urémie convulsive n'était probablement le plus souvent qu'une vraie épilepsie réveillée par l'auto-intoxication.

Cette affirmation nous parut tout à fait excessive, car nous avions dans la mémoire plusieurs observations d'urémie convulsive, dans lesquelles nous n'avions remarqué aucun antécédent épileptique.

Le lendemain entra dans notre service à l'Hôtel-Dieu, un homme de trente-huit ans, apporté de la Préfecture de police. On l'avait trouvé sur la voie publique, et en arrivant dans la salle, il était en proie à une violente attaque d'épilepsie (convulsions cloniques, rotation de la tête, déviation des yeux, écume de la bouche) après quoi il tomba dans le coma.

Pendant une convulsion, il émit un peu d'urine, qui contenait une quantité considérable d'albumine. Armés de cette donnée nous pensâmes que ce cas était bien une urémie convulsive légitime, car il n'y avait pas de raisons pour que ce gros homme bien développé eût des antécédents épileptiques. Les jours suivants, les phénomènes urémiques s'atténuant, nous conversions notre conviction, lorsque nous apprîmes par les parents du malade, qu'il avait eu dans son enfance des attaques d'épilepsie.

Ce fait confirmait donc de tout point l'opinion de M. Vidal.

Pour être justes, nous rapportons en outre l'observation toute récente aussi, d'un saturnin, sans antécédent spécial, qui eut dans nos salles une urémie convulsive des plus nettes, et qui guérit.

Donc, pour remettre les choses au point, disons que là, comme partout, la prédisposition nerveuse est un élément important, mais non nécessaire.

M. Vidal. Il ne faut, en effet, pas être absolu, ni dans un sens ni dans l'autre ; ce que j'ai voulu montrer surtout, c'est l'importance du terrain névropathique dans les accidents convulsifs de l'urémie.

Abcès du cerveau sous-cortical consécutif à un traumatisme sans lésion du cuir chevelu et des os du crâne. — M. Hirtz. Un homme de vingt-un ans reçut le 16 Janvier de nombreux coups de bâton sur la tête ; on le transporta à l'hôpital, ayant complètement perdu connaissance. Le lendemain matin, on constate encore un état de torpeur très prononcé ; cependant les jours suivants l'état s'améliore et le 26 Janvier le malade sort guéri.

Cependant, le 25 Février ce malade rentre avec une paralysie du bras droit ; le 17 Février il avait en une épilepsie jacksonienne dans tout le côté droit. M. Faure décide une intervention.

Le 1^{er} mars, il fait une trépanation au niveau de la région Rolandique supérieure gauche. Une ponction, puis une incision d'un abcès sous-cortical, du volume d'une noix ; drainage ; pansement ; guérison. Au commencement de juin, le malade a presque entièrement recouvré l'intégrité de ses mouvements.

L'examen direct du pus sur lamelles fit voir de nombreux bâtonnets très grêles, sans traces d'autres micro-

organismes; ils se décolorent par le gram et ne restent pas colorés par la méthode de Ziehl. Les cultures aérobies et anaérobies restèrent sans résultat. Les inoculations furent négatives.

M. Rendu. Dans un cas qui présente avec celui de M. Hirtz plusieurs analogies, j'ai observé, en outre, des troubles sensitifs qui me firent penser à de l'hystérie. Cependant, les phénomènes s'aggravant, une trépanation fut pratiquée, elle montra que les centres moteurs étaient réduits en bouillie.

M. Raymond. Dans un cas, il est, en effet, probable que des accidents hystériques étaient surajoutés.

Adénite iliaque et phlegmatia du membre inférieur gauche consécutives au chancre mou. — **M. L. Galliard.** Un homme de quarante-cinq ans, précédemment atteint de rhumatisme poly-articulaire, soigné depuis quelques jours pour des névralgies crurales accompagnant un embarras gastro-intestinal léger, éprouve, en se levant, le 8 Mai, une douleur très violente à la cuisse gauche. Le membre inférieur gauche est immobilisé par la souffrance. On apporte le malade à l'hôpital le 9 Mai. Je constate une tuméfaction douloureuse de la racine du membre, et, dans la fosse iliaque, une tumeur immobile, certainement constituée par des ganglions augmentés de volume. Cherchant la cause de l'adénite et de la phlébite commençante, je ne trouve que deux chancres mous du sillon balano-préputial et du prépuce. Pas de bubon inguinal. Pas de tuméfaction ganglionnaire appréciable en dehors de la fosse iliaque gauche. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie.

Bientôt la phlébite passe de l'inguinale externe à la fémorale et aux gros troncs du membre inférieur. Gonflement énorme de la cuisse, de la jambe, du pied gauche. Pas d'hyarthrose du genou; rien à la hanche. Rien au membre inférieur droit. Traitement par les onctions de salicylate de méthyle ou l'huile chloroformée; à l'intérieur, teinture d'*hamamelis virginica*, antipyrine, opium.

A partir du 25 Mai, la cuisse commence à se détendre. L'œdème s'atténue plus lentement à la jambe et au pied. Le paquet ganglionnaire de la fosse iliaque diminue lentement de volume. Malgré les vives douleurs, l'état général est resté excellent. Pas de fièvre.

Aujourd'hui, la guérison est presque complète. Les chancres sont cicatrisés. Les ganglions iliaques ne forment plus qu'une petite masse dure; l'œdème ne persiste qu'à la jambe. Les ganglions de l'aîne sont toujours indolents. Le malade va se lever avec les précautions d'usage.

Mort subite dans un cas de confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur. — **MM. Roubinovitch et Hirschberg.** Il s'agit d'une femme âgée de trente-deux ans sans hérédité neuro ou psycho-pathique.

Au quatrième mois de l'allaitement, après une grossesse et un accouchement normaux, commence un abcès phlegmoneux du sein gauche qui évolue d'une façon insidieuse et latente, sans fièvre. En même temps, à la suite de deux ou trois nuits d'insomnie avec rêveries, survient un délire, en apparence systématisé, avec idées de grandeur et de persécution, qui, quarante heures après, cède la place à une véritable confusion mentale avec de nombreuses illusions visuelles et auditives.

La malade est alors placée dans une maison de santé. Au dixième jour de la confusion mentale, l'abcès phlegmoneux du sein gauche s'ouvre spontanément. L'état mental persiste avec la même acuité, et, au douzième jour de l'affection, la malade meurt subitement après quelques instants de suffocation.

A l'autopsie, on constate la présence d'un abcès phlegmoneux resté localisé dans le sein gauche, des adhérences très anciennes du lobe supérieur du poumon droit, un cœur surchargé de graisse, graisse qui non seulement couvre sa surface, mais pénètre dans la profondeur de l'organe, le long des cloisons connectives.

La pie-mère est congestionnée, mais la substance cérébrale, examinée macroscopiquement, paraît absolument normale.

M. Merklen. Un point très intéressant de la communication de M. Roubinovitch montre le rôle de la surcharge graisseuse du cœur dans la mort subite. Deux cas observés précédemment dans mon service, et utilisés par M. Gustave Bureau, pour sa thèse, concourent à la même démonstration.

En somme, on peut dire que la mort subite au cours de l'adipose cardiaque se produit de deux façons: chez des sujets jeunes, en bonne santé apparente, mais ce fait est rare, M. Brouardel n'en signale que deux cas; ou, plus souvent chez des malades atteints d'affections débilitantes. C'était le cas pour mes malades, c'est encore le cas pour le malade de M. Roubinovitch.

Paralyse générale infantile ayant simulé l'idiotie. — **MM. Toulouse et Marchand** rapportent l'observation d'une enfant qui se développa normalement jusqu'à l'âge de dix ans; elle put apprendre à lire et à écrire et parut même intelligente. A partir de cet âge, elle présenta de l'affaiblissement de la mémoire et du jugement et une véritable rétrogradation physique et intellectuelle qui la fit ressembler à une idiote. A l'âge de quinze ans elle fut placée dans les asiles avec ce diagnostic.

A son entrée dans le service, elle présenta de l'embarras de la parole, du tremblement avec exagération

des réflexes, de l'inégalité pupillaire, des attaques épileptiformes, un amaigrissement rapide avec gâtisme. Elle mourut quelques mois après; et, après la mort, on constata les lésions ordinaires de la paralysie générale: atrophie du cerveau, adhérences méningées, disparition des fibres de Tuzek, prolifération nucléaire, vasculaire et névroglique, altérations des cellules.

E. DE MASSARY

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

2 Juin 1899 (suite).

Thrombose de l'aorte abdominale et des sous-clavières. — **MM. Huchard et Milhiet** présentent les pièces d'un malade chez lequel le pouls n'était perçu en aucun point, sauf sur les carotides. Ce malade présentait nettement de la claudication intermittente des membres supérieurs et inférieurs, ce qui avait fait porter le diagnostic d'endarterite oblitérante. Ce malade est mort de pleurésie purulente; l'autopsie a révélé une thrombose de la partie inférieure de l'aorte abdominale au-dessous des rénales. L'artère était complètement oblitérée par un caillot ancien et l'on ne peut s'expliquer la circulation du sang que par une infiltration entre les parois du vaisseau et les différentes parties du caillot. Au-dessous de lui, on trouve une diminution du calibre de l'aorte et des iliaques se prolongeant jusque sur les fémorales. On trouve également un caillot organisé dans la sous-clavière gauche. Les deux sous-clavières et les humérales présentent les lésions d'endarterite oblitérante.

Lésions de la muqueuse utérine dans un cas de grossesse ectopique. — **M. Cornil** a pratiqué des coupes de la muqueuse de l'utérus qui a été présentée par M. Audion dans la séance précédente, et qui portait un embryon dans la portion interstitielle de la trompe.

La muqueuse, épaisse de 7 à 8 millimètres, est œdématiée, infiltrée dans tout son tissu conjonctif par d'énormes cellules avec prolongement en araignées, anastomosées entre elles; ce sont les cellules connectives de la muqueuse, et non des fibres musculaires lisses ni des cellules déciduales.

Noyau cancéreux de la peau secondaire à un cancer rectal. — **M. Lereboullet** a observé, en même temps qu'un rétrécissement cancéreux du rectum, une adénopathie iliaque externe et une petite tumeur cutanée à triple saillie verruqueuse. La structure de l'épithéliome cylindrique se retrouve à la fois dans le néoplasme rectal, les ganglions iliaques et le noyau cutané.

Maladie d'Addison, tuberculose limitée aux capsules surrénales. — **M. Poulain** apporte les capsules surrénales d'un malade qui présentait de la mélanodermie, de la pigmentation des muqueuses, de l'asthénie, des vomissements et de l'amaigrissement. L'affection évolua à cinq ou six mois; la mort survint après des accidents d'érythème scarlatiniforme desquamatif.

A l'autopsie, on a trouvé une infiltration caséuse des capsules surrénales, et aucune trace de tuberculose dans les autres organes.

Sur les coupes, on voit des tubercules, des cellules géantes, mais pas de bacilles.

M. Letulle regrette qu'on n'ait pas fait d'inoculation au cobaye; si l'on n'a pas trouvé de bacilles, il ne faut pas s'en étonner, car le fait est fréquent dans la tuberculose caséuse; mais en poursuivant les recherches, en coupant des tubercules plus jeunes, on arrive souvent à déceler des quantités de bacilles, alors que l'examen avait été négatif au niveau des masses voisines, arrivées à un degré différent dans leur évolution.

9 Juin 1899.

Anomalie appendiculaire. — **M. Alex. Georgieff** présente un appendice iléo-cæcal anormal, trouvé par hasard sur un cadavre; l'appendice, d'une longueur exceptionnelle (19 centimètres) s'abouche dans le cæcum par l'intermédiaire d'une dépression infundibuliforme. La région était le siège de quelques adhérences péritonéales.

Calculs latents de la vésicule biliaire. — **M. Sandras** apporte une série de calculs pyramidaux, tous semblables, trouvés dans la vésicule biliaire d'une femme de quatre-vingt-huit ans; il montre, par comparaison, une autre série de calculs retirés également d'une vésicule de même forme, mais beaucoup plus petits que les précédents.

Kystes sous-cutanés à contenu crémeux. Origine coecidienne possible. — **M. Milian** présente une petite lésion du volume d'une noix enlevée par M. Morestin, chez un jeune campagnard de huit ans, qui l'avait vue se développer depuis huit mois sous la plante du pied.

Il s'agissait de plusieurs petits kystes à contenu crémeux. Etant données l'absence de microbes et de champignons sur les coupes, et la présence d'une multitude de corps oviformes de toutes catégories, les uns libres dans la cavité kystique, les autres inclus dans des cellules géantes, on peut penser à des coecidies.

Cancer gastrique avec noyaux secondaires dans le foie et poche néoplasique hémorragique. — **M. Nicaise** apporte un cancer en plaque de la petite

courbure de l'estomac, propagé au foie sous la forme de gros noyaux ombiliqués. Un prolongement linguiforme antérieur du foie contient une poche kystique hémorragique; la paroi de cette cavité tapissée intérieurement de fibrine, montre un noyau néoplasique qui constitue vraisemblablement la source de la lésion pseudo-kystique.

Hernie de la fosse iliaque. — **M. Savariaud** a trouvé, sur le même cadavre, quatre hernies, deux obturatrices et une crurale, et la quatrième, très rare, constituée par le colon ascendant s'étant engagée derrière un repli falciforme formé par le fascia iliaque.

Anomalie du nerf musculo-cutané. — **M. Savariaud** a constaté un cas peu commun de suppléance du nerf radial par le musculo-cutané à la main.

Anévrisme du pli du coude. — **M. Morestin** a extirpé un anévrisme artériel pur, du pli du coude, chez un malade qui avait reçu un coup de couteau dans cette région, et qui avait eu son nerf médian sectionné par le même traumatisme.

Réséction de la veine, avec guérison, dans un cas de phlébite puerpérale de la saphène. — **M. Morestin** a traité par la réséction de la saphène interne thrombosée un cas de phlébite puerpérale compliquée de périphlébite et d'abcès ouvert à la cuisse. Grâce à cette intervention, les accidents graves ont été conjurés et la guérison est survenue très rapidement.

M. Brault fait remarquer que toutes les phlébites ne sont pas superposables au point de vue de leur évolution et de leur durée, et qu'il y a une grande différence, par exemple, entre celles de la grippe, qui guérissent rapidement, et celles de la puerpéralité.

M. Letulle dit que la distinction doit surtout porter sur le siège, superficiel ou profond, de la veine lésée. Ici le cordon thrombosé était sous-cutané, mais, s'il s'était agi d'une phlébite de la veine crurale, l'intervention chirurgicale aurait-elle été si heureuse?

M. Morestin répond que les documents font défaut pour juger de l'opportunité de la réséction, de même que de la simple ligature, dans les cas de phlébite profonde, et c'est précisément pour élucider cette question qu'il est bon de rapporter en détail tous les cas de chirurgie veineuse.

16 Juin 1899.

Rapports du bord du foie avec le rebord costal gauche. — **M. Vermorel** présente les conclusions d'un travail adressé par **MM. Braquehaye** (de Bordeaux) et **Wieth** (de Tunis), au sujet des rapports du bord inférieur du foie, sur le vivant, avec le rebord thoracique gauche. Ces recherches, pratiquées en vue de l'opération de la gastrostomie, montrent que l'incision de la paroi abdominale doit être faite un peu plus bas que ne l'indique le travail de M. Larger (de Maisons-Laffitte).

Epithélioma du frein de la langue. — **M. Morestin** a enlevé, par la voie sous-maxillaire, une tumeur du plancher de la bouche, qu'il présente à la Société. Il s'agit d'un épithéliome qui a pris naissance au niveau de la muqueuse qui recouvre le frein de la langue.

Fracture du bassin. — **M. Ménier** apporte le bassin d'un homme de soixante-dix ans, renversé par une voiture qui lui passa sur les reins. La mort survint quatre jours après par pneumonie.

On a trouvé une fracture de la branche horizontale du pubis et de la branche ischio-pubienne gauche, avec disjonction des symphyse sacro-iliaques.

M. Morestin fait remarquer qu'il s'agit d'une fracture directe, et que l'écartement des symphyse postérieures s'est produit comme si l'on avait fait une symphyséotomie.

Perforation, par éclatement, du colon ascendant, consécutive à un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque. — **M. G. Lays** présente l'intestin d'une femme de quarante-six ans, morte dans le service de M. Berger, à l'autopsie de laquelle on a trouvé un gros intestin extrêmement distendu en amont d'un rétrécissement infranchissable de l'S iliaque; à l'union du cæcum avec le colon ascendant, on voit plusieurs perforations à bords déchiquetés, taillées à pic. Il n'y a pas, du côté de la muqueuse, d'autres ulcérations.

M. Letulle a pratiqué l'examen microscopique des bords de ces perforations; il n'y a pas trace de lésion inflammatoire; la paroi intestinale a craqué, et la déchirure du péritoine est plus étendue que celle de la muqueuse; on se trouve en présence d'une rupture par éclatement, par diastasis, analogue à celle que M. Gandy a fait connaître dans une séance précédente.

Cancer primitif du poumon. — **M. L. Le Sourd**, à l'autopsie d'un malade qui s'était plaint de phénomènes névritiques des membres inférieurs, a trouvé un néoplasme primitif du poumon et des granulations cancéreuses secondaires dans le canal rachidien.

Les coupes des noyaux pulmonaires montrent un épithéliome à cellules cylindro-cubiques, celles de la plèvre, des lymphatiques gorgés de cellules épithéliales.

M. Brault, chez un malade qui avait des crachats sanglants et qui fut considéré comme tuberculeux, a eu la surprise de rencontrer un cancer primitif du poumon, à nodules disséminés comme ici.

M. Letulle dit que l'examen microscopique des crachats, qui peut rendre des services, peut aussi donner

des résultats trompeurs. C'est ce qui lui arriva dans un cas où l'on constata la présence du bacille de Koch; l'hypothèse d'un cancer devait être rejetée, et pourtant il y avait en réalité association de la tuberculose et du cancer dans le poumon.

Anévrisme du myocarde ouvert dans le péri-cardé. — M. Gérard montre un cas de rupture du cœur survenue chez un homme de cinquante-cinq ans. La paroi postérieure du ventricule gauche présente un anévrisme qui s'est rompu à sa partie moyenne. Les coronaires sont athéromateuses.

Kyste hydatique de l'orbite. — M. Kendirdjy montre une membrane qui tapissait un kyste extirpé de l'orbite d'une jeune femme. La tumeur était rétro-oculaire et l'on avait porté le diagnostic clinique de sarcome. Il s'agit nettement d'une membrane hydatique.

Sur l'histologie des corps jaunes. — M. Cornil apporte des préparations et des dessins montrant les particularités histologiques et l'évolution des corps jaunes. On a voulu distinguer les corps jaunes de la grossesse de ceux de la menstruation; en réalité, il n'y a rien de particulier, de spécifique, dans ceux de la grossesse, et toute cause locale ou générale de congestion ovarienne suffit à provoquer une augmentation de volume du corps jaune. Chez les animaux, d'ailleurs, les corps jaunes de grossesse ne diffèrent nullement des autres.

Sur des coupes d'un corps jaune très développé, datant de trois semaines, on voit, outre un épanchement sanguin dans la cavité du follicule de Graaf, les vaisseaux de la paroi pénétrer avec un peu de tissu conjonctif dans la couche épithéliale du follicule, dont les cellules, volumineuses, deviennent granulo-graisseuses. Ces vaisseaux s'anastomosent entre eux, et forment un réseau qui vient se mettre en contact avec le sang épanché dans le follicule. C'est à ce niveau que l'épanchement sanguin est pénétré par des cellules allongées, irrégulières, anastomosées, et que débute l'organisation.

Un peu plus tard, les cellules épithéliales sont devenues beaucoup plus claires; le noyau est maintenant rond et non plus ovalaire; la partie centrale du follicule cruroïde s'est organisée en tissu fibreux lâche, parsemé de globules rouges altérés et de pigment sanguin.

Plus tard encore, le corps jaune est ratiné, devenu fibreux; tout est atrophie, mortifié, si bien qu'on ne colore plus d'éléments vivants, conjonctifs ou épithéliaux, et qu'on ne distingue plus qu'avec peine quelques vestiges des vaisseaux.

M. Durante dit que la vascularisation directe d'un tissu épithélial, que l'on constate sur ces coupes, ne s'observe jamais dans les tissus adultes; c'est l'apanage exclusif des organes fœtaux.

Sur le traitement des fistules biliaires consécutives aux plaies du foie. — M. Auvray conseille de chercher à tarir le plus tôt possible les fistules biliaires consécutives aux plaies du foie, car la perte incessante de bile peut conduire les blessés à la cachexie et à la mort. Aussi, lorsqu'on a assuré l'écoulement facile de la bile au dehors, dès que des adhérences de nouvelle formation ont mis la cavité péritonéale à l'abri d'un envahissement par la bile, faut-il s'efforcer d'oblitérer le trajet fistuleux (du huitième au dixième jour), et de rétablir le cours normal de la bile en diminuant progressivement le calibre des drains.

Anurie calculuse : destruction du rein du côté opposé à l'oblitération urétérale. — M. Auvray montre les reins d'un malade qui a succombé, malgré la néphrotomie, à l'anurie calculuse. Du côté opéré, l'urètre est oblitéré, près de sa terminaison dans la vessie, par une bouillie calculuse, par un amas de petits graviers. Du côté opposé, le rein ne fonctionnait plus, atrophie et détruit par une hydronephrose calculuse.

Anurie calculuse : lésions rénales doubles. — M. Marcellé présente une pièce analogue à la pièce de M. Auvray; le malade, anurique pendant cinq jours, a été opéré et a survécu deux mois. Du côté de la néphrotomie, le rein est hypertrophié et atteint de néphrite diffuse; du côté opposé, un calcul est enclavé dans le bassin et le rein correspondant est atrophie.

M. Brault ne croit pas que la théorie de l'anurie par inhibition réflexe doive compter désormais beaucoup de défenseurs. Dans un cas, où la mort survint huit à dix jours après l'arrêt des urines, il trouva un calcul à la partie moyenne de l'urètre, et, de l'autre côté, un calcul engagé dans le sommet du bassin.

Endocardite pariétale de l'oreillette gauche. — MM. Milian et Herrenschildt apportent le cœur d'un enfant de quinze ans qui a succombé en asystolie, après avoir présenté quelques mois auparavant une attaque grave de rhumatisme articulaire aigu. On trouve une endocardite ayant non seulement altéré les valvules de l'orifice mitral, mais ayant envahi toute la surface interne de l'oreillette gauche, la région mitro-aortique et le pourtour des piliers mitraux.

M. Cornil rappelle que l'endocardite pariétale existe assez fréquemment dans les auricules; le sang s'y coagule, et les grandes cellules qu'il a décrites pénètrent dans le caillot pour l'organiser.

L'endocardite qui tapise l'oreillette gauche est normalement épais et un peu opaque; ici, il est manifestement altéré; souvent la lésion est limitée à une plaque à la

quelle adhère la fibrine, ou est constituée par des végétations pointues, acuminées comme des épines.

M. Brault vient de trouver à trois reprises une thrombose de l'oreillette gauche au cours du rétrécissement mitral; la cavité est remplie de caillots; on se demande comment le sang arrive à passer; et la paroi a subi la transformation athéromato-calcaire.

Foie en apparence flegmé, sans syphilis. — MM. Milian et du Pasquier ont trouvé, à l'autopsie d'un homme de quarante ans, qui avait présenté tous les signes de la cirrhose atrophique, avec ascite, splénomégalie, sans syphilis, un foie parcouru par de larges bandes scléreuses, sans gommes, sans déformation suffisante pour affirmer quand même la nature syphilitique de la lésion.

Porencéphalie acquise, traumatique. — M. Marcel Labbé présente le crâne et le cerveau d'une jeune fille de vingt ans, qui, dans son enfance, fit une chute sur la tête et conserva une dépression crânienne à la partie inférieure du pariétal. On voit, en ce qui concerne le crâne, un orifice assez grand, au niveau duquel la dure-mère faisait défaut, et, du côté du cerveau, un entonnoir à paroi lisse, communiquant avec le ventricule latéral. A la face interne du pariétal, une portion de la circonférence du trou est bordée de productions ostéophytiques, éburnées, irrégulières.

M. Cornil donne l'explication de ces ostéophytes. Quand on trépane le crâne, si l'on enlève ou sectionne la dure-mère, le cerveau fait hernie, et l'os ne se reproduit pas. Ici, la dure-mère a été traumatisée, renversée en dehors, et d'un seul côté; c'est ce qu'attestent précisément ces formations osseuses auxquelles a dû donner naissance la dure-mère repliée sur elle-même.

Cancer vésical ayant perforé l'intestin. — M. Sacquépée montre les pièces d'un malade qui a succombé vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, et qui rendait des matières fécales par la miction. On voit un cancer du pôle supérieur de la vessie; le néoplasme avait détruit et perforé la paroi de l'intestin grêle en deux points.

M. Letulle fait remarquer que l'éventualité inverse est beaucoup plus fréquente, le cancer de l'intestin s'ouvrant dans la vessie.

Lipôme du pouce. — M. Sacquépée apporte un lipôme du pouce qui, sur le vivant, se présentait comme un tumeur fluctuante.

23 Juin 1899.

Péricardite hémorragique chronique chez un chien. — M. G. Petit (d'Alfort), présente un cas de péricardite hémorragique chronique, observée chez un chien âgé de seize ans. Le péricarde était distendu par 500 grammes environ de sang non coagulé.

Les deux feuillets de la séreuse sont tapissés de végétations irrégulières, pédiculées, villueuses, friables; en certains points, l'épicarde est simplement déposé et rugueux; il n'y a pas de symphyse.

Au microscope, on voit des lésions inflammatoires déjà anciennes, très vasculaires, organisées. Certaines néomembranes sont hémorragiques, infiltrées de pigment sanguin. On y remarque les grandes cellules vasculaires, décrites par M. Cornil. Il n'y a pas de bacilles de la tuberculose.

Tuberculose primitive de la rotule. — M. Guibal montre cinq pièces de tuberculose primitive de la rotule, recueillies à l'hôpital maritime de Berck, dans le service de M. Ménard. La cavité creusée dans la rotule renferme un séquestre et communique par un trajet fistuleux soit avec la peau, soit avec la cavité articulaire du genou.

Déplacement des surfaces articulaires du genou dans la tumeur blanche. — M. Guibal étudie, au point de vue du déplacement des surfaces articulaires, deux pièces de tumeur blanche du genou qui proviennent également du service de M. Ménard. Dans un cas, le tibia a subi, par rapport au fémur, un déplacement complexe : les deux os sont en flexion angulaire, le tibia est transporté à la fois en dehors et en arrière, et en rotation externe. Dans la seconde pièce, les déplacements semblent être le début ou l'ébauche de ce qu'ils sont dans la première.

Grandes ulcérations de l'estomac et du duodénum au cours d'une pneumonie suppurée. — M. Griffon présente les pièces de l'autopsie d'une femme de soixante-dix-sept ans, qui succomba, au quinzième jour, d'une pneumonie suppurée, sans avoir jamais accusé le moindre trouble gastrique.

On trouva, dès l'ouverture du ventre, une perforation arrondie, grande comme une pièce de cinquante centimes, au niveau de la paroi antérieure de la première portion du duodénum, sans aucune trace de péritonite. En un point symétrique de la paroi postérieure du duodénum, nouvelle perforation, beaucoup plus petite, complète, sans adhérences. Ces deux pertes de substances sont circonscrites par des bords souples, non épaissis; elles siègent à un centimètre du pylore; du côté de la muqueuse, on a l'aspect dit en escalier.

L'ouverture de l'estomac montre sur la face postérieure deux grandes ulcérations, l'une de l'étendue d'une pièce de un franc, l'autre de celle d'une pièce de cinquante centimes; la grande est noire et son fond

est recouvert d'une escarre récente. Autour de ces ulcérations principales, on en voit trois plus petites, à fond hémorragique; et, dans toute la région pylorique, la muqueuse de l'estomac est ponctuée de petits foyers d'hémorragie capillaire.

Au microscope, ces ulcérations gastriques relèvent nettement d'un processus aigu; la couche glandulaire a disparu, le fond de l'ulcération est recouvert d'éléments organiques mortifiés; il est constitué par une couche de cellules rondes, au-dessous desquelles on voit des vaisseaux sanguins congestionnés et des amas de globules rouges échappés des vaisseaux rompus. Il n'y a pas de microbes apparents dans les diverses préparations.

Le poumon droit offrait dans la plus grande partie de son lobe supérieur une infiltration purulente, collectée par places en véritables abcès. L'agent de cette pneumonie suppurée était le pneumocoque à l'état de pureté.

Il est vraisemblable que les perforations duodénales ne sont devenues complètes que par un phénomène de digestion post-mortem.

M. Letulle fait remarquer que la constatation d'une escarre au niveau des ulcérations gastriques permet d'affirmer que la lésion est aiguë et n'est pas cadavérique.

V. GRIFFON.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

18 Mai 1899.

Femme atteinte de spondylolisthésis au début.

— MM. Bufoir et Sevray. La malade dont il s'agit a marché à trois ans; elle a déjà eu deux accouchements spontanés et à terme. On ne trouve pas de rachitisme, mais de l'ensellure lombaire, des fesses exagérées, un bassin élargi en haut. La viciation du rachis est à peine sensible.

Sur la face antérieure du sacrum, on constate, par le toucher, l'existence d'un léger ressaut, formant un chapeau d'un demi-centimètre de longueur, au niveau de la 5^e vertèbre lombaire, qui semble avoir glissé sur le sacrum. Il s'agit donc d'un spondylolisthésis au premier degré par glissement congénital.

Cette femme est presque à terme. Le pronostic est bon mais il s'assombrit peut-être.

Présentation de la pièce anatomique d'une grossesse extra-utérine interstitielle. — M. Delaunay. Cette observation est surtout remarquable par l'erreur de diagnostic qui fut faite, et par le mode de traitement qui en a été la conséquence.

On crut à une tumeur fibreuse au niveau de la corne utérine droite, et on fit l'hystérectomie vaginale.

La masse était constituée par un œuf enclavé dans la portion interstitielle de la trompe.

La guérison survint rapidement.

Si le diagnostic exact de grossesse extra-utérine avait été porté, il est certain qu'on eût fait une laparotomie, afin de laisser à la malade la possibilité d'avoir d'autres enfants. Mais il paraît certain, pour M. Delaunay, que la malade a bénéficié de cette erreur de diagnostic; car elle eût couru plus de risques avec la laparotomie.

M. Bar qui vient d'examiner la pièce, croit qu'il s'agit ici non d'une grossesse interstitielle, mais d'une grossesse tubaire, en un point tangent à l'utérus.

Présentation de pièces anatomiques montrant des lésions des reins dans l'éclampsie puerpérale. — M. Bar présente des pièces qui appartiennent à une femme morte après quatre jours d'accès d'éclampsie.

Le foie présentait les lésions habituelles. Quant aux reins, l'un était énorme, mesurant 14 centimètres de longueur, alors que l'autre était au contraire très réduit de volume.

L'aspect du gros rein était celui de l'hydronephrose, cependant avec des dimensions moindres.

Il semble manifeste, pour M. Bar, que l'insuffisance rénale a joué ici un rôle prépondérant.

Présentation de pièces se rapportant à la grossesse gemellaire univitelline et provenant de la Maternité. — M. Lamouroux montre d'abord le placenta de deux jumeaux bien portants et pesant moins de 2 kilogrammes.

Des injections colorées diversement montrent qu'il y a anastomose à plein canal entre la veine ombilicale d'un côté et celle de l'autre, et de même entre les deux artères ombilicales; enfin, on constate également l'existence d'anastomoses intervilleuses. M. Lamouroux présente ensuite un fœtus papyracé provenant d'une grossesse double univitelline; le deuxième jumeau était vivant et à terme.

Enfin l'auteur rapporte une troisième observation ayant trait à un avortement gemellaire avec placenta univitellin, la malade ayant présenté en outre de l'hydranmiosis aiguë.

Le premier jumeau était vivant; le deuxième présentait des traces de macération, son cordon étant tordu en deux endroits et extrêmement aminci en ces points.

M. Porak présente deux observations de grossesse gemellaire avec placenta bivittellin.

Dans l'un de ces cas, l'un des fœtus était papyracé et l'autre vivant.

Dans l'autre cas, un des fœtus était mort et macéré, de l'âge de quatre mois environ, mais non encore aplati, l'autre fœtus était vivant.

On peut expliquer l'arrêt de développement d'un des fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline par des troubles circulatoires.

Dans la grossesse gémellaire bivittelline, on peut l'attribuer à la différence d'âge des fœtus.

Le premier occupant apportant un obstacle au développement du second.

M. Bar. Pourquoi, dans les cas de grossesse gémellaire univitelline, les deux fœtus sont-ils souvent si différents?

Il semble y avoir des différences originelles, car, dans les œufs de poule à un seul jaune et présentant deux embryons, l'un est toujours beaucoup plus développé que l'autre.

Pour M. Bar, l'inégalité des deux fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline est due, en outre, à des anomalies dans la circulation placentaire, l'un des fœtus prenant pour lui presque tout le placenta.

Présentation de plusieurs modèles d'omphalotribes. — M. Porak, convaincu de la nécessité d'une asepsie parfaite du cordon ombilical, a songé à employer, pour écraser le cordon dès la naissance, des instruments écraseurs construits sur le principe de l'angiostribe de Doyen.

Ce procédé a l'avantage, sur celui de la pince laissée à demeure, de faciliter beaucoup le pansement, et enfin de ne pas nécessiter une ablation rendue quelquefois difficile par la dissection.

M. Porak fait l'omphalotripsie au ras de la peau, de façon à ne laisser qu'une partie tout à fait négligeable de cordon.

Le pansement peut alors être véritablement parfait. L'écrasement est parfait, car, par transparence, on ne voit plus aucune trace de vaisseaux dans la partie angiostribe.

L'objection qu'on pourrait faire, dans les cas de hernie, un écrasement de l'intestin, a peu de valeur, car, dans ces cas, le cordon présente un volume anormal, et on voit l'intestin par transparence, ce qui permet de l'éviter.

Quant à la fistule consécutive à la présence d'un diverticule de Meckel, elle se produira évidemment dans ces cas, mais pas plus sûrement que quand on fait la ligature par les procédés ordinaires.

M. Budin reconnaît que, dans quelques cas, la ligature est insuffisante, même quand elle est faite avec un lien élastique. Ainsi M. Tarnier a rapporté un cas où il a eu une hémorragie ombilicale malgré trois ligatures.

M. Budin est resté jusqu'à présent fidèle à son procédé de ligature en *bouchon de champagne*.

Un cas de grossesse à diagnostic difficile. — MM. Damas (de Valence) et Armand (d'Albertville). La femme qui fait l'objet de cette communication, âgée de trente-huit ans, mère de quatre enfants, n'est plus réglée cinq ans après la naissance du dernier. Dès le début, le volume de son ventre la frappe; elle maigrit, s'affaiblit beaucoup. Deux mois après, loin de toute observation médicale, elle est prise d'accidents aigus : augmentation de volume du ventre, douleurs vives, vomissements, constipation opiniâtre, cystite avec hématurie, accidents ayant cédé spontanément.

Vers le quatrième mois de la grossesse supposée, elle demande un examen obstétrical, inquiète de l'anomalie apparente de cette grossesse, qui est cependant sa cinquième.

L'examen fait, le rectum et la vessie étant remplis, donne comme signes locaux : vulve violacée, molle, vessie molle sans perçage au-dessus du pubis. Tumeur sans contraction remontant à l'ombilic, nettement latérale, s'élevant à droite, arrondie, lisse, ayant la consistance d'un kyste modérément tendu; col mou, à gauche, presque au centre de l'excavation. La tumeur mobilisée ne mobilise le col, et de manière vague, qu'à la limite du reflux. La pression au-dessus du pubis mobilise le col très nettement.

Diagnostic probable : grossesse avec latéro-flexion, gros œuf.

Le lendemain, examen, *vessie et rectum vides*. On sent au-dessus du pubis comme le fond d'un utérus de deux mois, indépendant de la tumeur. Mêmes signes physiques pour cette dernière. Absence de contractions malgré les palpations prolongées. Diagnostic : grossesse extra-utérine probable.

Laparotomie : la grossesse est utérine, l'utérus est gros, globuleux, mou, sans contractions, déjeté à droite, comme pédiculisé sur l'isthme utérin très aminci. La vessie, vide et ferme, siège au niveau du point où fut perçu le faux utérus de deux mois : c'est elle qui a causé l'erreur de diagnostic. Il s'agissait donc d'une hydramnios guérie.

Cette observation présente à noter :

1° Un diagnostic presque juste porté *la vessie étant pleine et le rectum également*. Ces deux réservoirs étant vides, la vessie donna l'impression d'un utérus de deux mois, la grossesse étant de quatre; c'est ce qui causa l'erreur.

2° L'absence de contractions dans la pseudo-tumeur contribua également à enraciner le diagnostic erroné.

3° L'état pédiculisé de l'utérus, que nous croyons pouvoir expliquer par l'étirement qu'a produit l'hydramnios aigu, fournit un signe des plus trompeurs.

Les suites opératoires furent simples : la grossesse a évolué normalement, et la femme a accouché à terme d'une fillette vigoureuse. Suites de couches physiologiques.

M. Budin fait remarquer que l'observation rapportée par MM. Damas (de Valence) et Armand (d'Albertville), semble être un de ces cas d'élongation hypertrophique du col qu'a signalés Martin (de Berlin).

Ces faits ont d'ailleurs été étudiés dans le deuxième volume du *Traité d'accouchement* que M. Tarnier a fait en collaboration avec lui.

De l'accouchement chirurgical. — MM. Rocheblave et Damas (de Valence). Dès que se trouve posée, dans l'intérêt simultané de la mère et de l'enfant, l'indication formelle de vider rapidement l'utérus gravide, MM. Rocheblave et Damas (de Valence) ne considèrent plus son contenu comme un fœtus qui doit être expulsé, mais comme une tumeur qui doit être enlevée. Ils assument l'accouchement à une opération chirurgicale et le pratiquent à volonté, après en avoir apprécié l'opportunité.

Dans l'accouchement chirurgical, il faut se créer une voie large, d'accès facile jusqu'au fœtus, de même que jusqu'à la tumeur dans l'intervention pour fibrome; mais, tandis que la section médiane ou bilatérale crée cette voie d'accès dans l'opération pour fibrome, il ne faut compter, dans l'accouchement, que sur la dilatation artificielle de la filière génitale molle. On ne doit donc pratiquer l'accouchement chirurgical que dans la période de dilatabilité du col, alors que l'anneau de Bandl est déjà remonté à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'orifice interne.

Pour amener rapidement la dilatation artificielle de la filière génitale molle, les auteurs recourent d'abord au procédé bi-manuel de Bonnaire; puis, dès que le col est assez ouvert pour permettre une application de forceps, ils complètent la dilatation par des tractions légères et prudentes exercées d'une seule main; tandis que l'autre main, introduite à plat dans le vagin, masse successivement le pourtour de l'orifice utérin, puis le plancher périméal.

Lorsque la viabilité douteuse de l'enfant ne permet pas de prolonger la pression du forceps sur la tête, il ne faut l'appliquer qu'après dilatation complète; et, si le temps presse, et que le col résiste, MM. Rocheblave et Damas pratiquent les petites incisions de 4 à 5 millimètres conseillées par Fochier, et se demandent s'il n'y aurait pas lieu de recourir, le cas échéant, au procédé de Dührsen, qu'ils croient susceptible de donner des résultats plus favorables.

Il est possible, par la méthode bi-manuelle, de dilater entièrement le col, tout en respectant l'intégrité des membranes.

Ce détail a son importance dans le cas où l'accouchement devrait être terminé par la version.

Généralement, dès que la dilatation est complète, l'extraction au forceps s'achève rapidement, même chez les tardipares, le massage intra-vaginal ayant vaincu la résistance des parties molles.

A l'appui de leur thèse, MM. Rocheblave et Damas rapportent deux observations qui ont beaucoup contribué à former leurs idées et à fixer leur pratique.

Depuis ce moment, les auteurs pratiquent l'accouchement chirurgical chaque fois que, pour sauver l'enfant et améliorer l'état de la mère, se pose l'indication d'interrompre la grossesse.

Dans l'éclampsie, si le travail est commencé, nul procédé ne permettra une terminaison plus prompte de l'accouchement.

Pendant la grossesse, les accidents qui justifieraient l'intervention seraient d'ailleurs de nature à provoquer le travail.

Lorsque enfin une grossesse aura été marquée par des manifestations même légères d'auto-intoxication gravidique, il y aura lieu, pour abrégé la période de dilatation si favorable à la production des crises éclamptiques, de recourir à l'accouchement chirurgical.

Dans le traitement du placenta prævia, alors que le tamponnement vaginal constitue un procédé d'attente et favorise l'infection; que la dilatation par les ballons de Barnes est surannée; la déchirure large des membranes d'efficacité incertaine; que le ballon de Champetier de Ribes, s'il comprime les surfaces saignantes et amène la dilatation, a l'inconvénient de déplacer la présentation; l'accouchement chirurgical permet d'arriver au but : hémostase d'abord, extraction rapide ensuite, sûrement et sans arrêt.

Les dystocies de cause utérine sont également justiciables de l'accouchement chirurgical, et, puisque enfin, dans les cas pathologiques, où se trouvent réunies les conditions les plus défavorables, cette méthode qui permet généralement de pratiquer un accouchement en trois quarts d'heure donne des résultats sûrs et rapides, les auteurs se demandent s'il n'y aurait pas parfois intérêt à réduire la trop longue durée de l'accouchement chez les primipares, et à soustraire, de parti pris, à l'action des loirs naturelles, pour les faire accoucher à jour et à heure fixes, les parturientes qui, livrées à elles-mêmes, seraient exposées à ne pas recevoir les soins que pourraient nécessiter des complications éventuelles.

Otite à streptocoques traitée par les injections sous-cutanées de sérum de Marmoreck. — MM. Chavanne et H. de Rothschild. Il s'agit d'un enfant qui, né à la clinique Tarnier, présenta successivement de l'otite de l'oreille droite, puis gauche.

L'examen du pus montra du streptocoque pur.

Alors que cet enfant allait mieux, il présenta subitement de la diminution de poids, des convulsions et une température élevée.

Les crises convulsives augmentèrent bientôt de fréquence, et on en compta jusqu'à quarante-trois en vingt-quatre heures.

Le traitement employé fut des lavements de chloral, et des injections sous-cutanées de sérum de Marmoreck à dose massive (150 centimètres cubes en quarante-huit heures).

Le deuxième jour du traitement, il n'y eut plus que dix crises de convulsion dans les vingt-quatre heures.

Le troisième jour, les injections de sérum étant continuées, le pus fut examiné; il ne contenait plus que quelques streptocoques et un grand nombre de microbes secondaires.

Ce cas est à rapprocher d'un autre signalé par M. Marmoreck et où on observa la guérison rapide d'une otite grave, chez une jeune fille de treize ans, qui avait été trépanée sans résultat.

L. BOUCHACOURT.

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouveau traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse.

On sait que certaines formes de stomatite ulcéro-membraneuse se montrent, parfois, rebelles aux traitements les plus énergiques; dans ces cas, le processus ulcératif, en s'étendant de plus en plus, finit par détruire la plus grande partie de la muqueuse buccale; les dents tombent et la nutrition est alors sérieusement compromise; quelquefois même cette stomatite se transforme en noma. C'est contre les cas de ce genre que M. Aikissel recommande le traitement suivant, qu'il a déjà eu l'occasion d'appliquer sur une cinquantaine d'enfants; il lui a toujours donné d'excellents résultats.

Après avoir pratiqué l'extraction des dents les plus altérées, on fait un curetage rapide et complet, avec curette tranchante, de toutes les ulcérations gingivales, linguales et autres, puis on frictionne les parties cruentées avec de la poudre d'iodoforme. On prescrit ensuite des nettoyages de la bouche avec des tampons boricués et des bains de bouche avec de l'eau boricuée, toutes les heures.

Le curetage ne devra être pratiqué qu'une seule fois, tandis que les frictions iodoformées seront répétées deux ou trois fois, suivant la gravité du cas, jusqu'à ce que les ulcérations se détergent et se couvrent de bourgeons de bonne nature.

Ce curetage ne provoque jamais d'hémorragie sérieuse. Le seul inconvénient de ce procédé, c'est d'être un peu douloureux; mais, en revanche, il offre des avantages d'une évidence telle, que l'hésitation ne semble plus permise. Sous son influence, la stomatite se trouve singulièrement abrégée; dans les faits observés par l'auteur, elle a été de trois jours et demi en moyenne et de six au maximum, et cela dans des cas fort rebelles, ayant résisté pendant cinq à huit semaines à tous les traitements employés.

Traitement de l'ophtalmie blennorrhagique par le calomel.

On a coutume de considérer le nitrate d'argent, en quelque sorte, comme le spécifique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

M. A. Poukaloff vient de démontrer que le calomel remplit les mêmes indications que le nitrate, sans en présenter les inconvénients.

Cette méthode consiste à projeter de la poudre de calomel sur la face muqueuse des paupières retournées et sur la cornée, après avoir lavé les yeux avec une solution boricuée à 2 pour 100 et épongé avec un tampon d'ouate. Dès le lendemain on constate, même dans les cas graves, la diminution de la sécrétion et de l'œdème. Ces pansements sont répétés tous les jours deux ou trois fois, jusqu'à ce que l'accolement matutinal des paupières ne se produise plus; on passe alors aux astringents habituels. Dans les cas plus graves, on applique, en outre, des compresses au chlorure de sodium à 1 pour 100. Il n'y a absolument aucun accident à craindre; bien au contraire: plus on met de poudre de calomel, mieux cela vaut; aussi peut-on confier le traitement à l'entourage du petit malade, ce qui est, nous le répétons, très important à la campagne, dans les localités dépourvues de médecin. Grâce à cette médication la durée se réduit jusqu'à sept jours dans les

cas moyens et ne dépasse pas quinze jours dans les cas anciens et graves. Ces conclusions sont basées sur 57 observations d'ophtalmie blennorrhagique avec gonocoques dans le pus.

FACULTÉ DE PARIS

Exercices de dissection (classement dans les pavillons de dissection, école pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux).

1. *Étudiants de deuxième année de dissection.* — Les étudiants de deuxième année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en Juillet 1899, à la Faculté de médecine de Paris, la huitième inscription (ancien régime d'études: 1878) ou la quatrième inscription (nouveau régime d'études: 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 Octobre 1899, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la huitième ou la quatrième inscription dans une Faculté ou école des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 Octobre).

Le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 27 Octobre 1899.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 Octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse s'il y a lieu.)

2. *Étudiants de première année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription.

Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1899-1900, sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

Concours pour le prosectorat. — Le concours pour deux places de prosecteur à la Faculté est terminé. — Les questions suivantes ont été posées aux diverses épreuves.

Questions écrites. — Epiploon gastro-hépatique. — Sécrétion biliaire. — Calculs du cholédoque.

Anatomie (épreuve orale). — Muscles moteurs du globe de l'œil.

Physiologie (épreuve orale). — Rôle du pneumogastrique dans la respiration.

Pathologie externe (épreuve orale). — Symptômes et complications de la hernie crurale.

Histologie (épreuve pratique). — Cils vibratiles.

Dissection. — Nerf cubital.

Médecine opératoire. — Ligature de la tibiale postérieure derrière la malléole. — Désarticulation de l'épaule.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : MM. Proust (148 points); Ombredanne (148 points); Veau (146 points); Dujarrrier (145 points); Guibé (138 points).

FACULTÉS DE PROVINCE

Faculté de Bordeaux. — La chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

Faculté de Toulouse. — Par décret ministériel, le nombre des professeurs titulaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse est fixé à vingt et un au maximum.

Les agrégés, au nombre de onze, sont répartis ainsi qu'il suit : médecine 3, chirurgie 2, accouchements 1, anatomie 1, physiologie 1, chimie 1, physique 1, pharmacie 1.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — *Concours pour deux emplois de chef de clinique.* — Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Par décision rectoriale en date du 8 Juin 1899, des concours seront ouverts devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes : 1° le 2 Octobre 1899, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale; 2° le 9 Octobre 1899, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Conditions des concours. — Sont admis à concourir les docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, avec condition d'être docteur dans les six mois.

Les candidats ne doivent pas avoir plus de trente-cinq ans au moment de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles de suppléant, de chef de travaux, de médecin ou chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes un mois avant l'ouverture du concours et y déposer leur acte de naissance, leurs diplômes ou certificats d'examen, l'indication de leurs titres universitaires et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Programme des concours : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie afferent à la spécialité du concours, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent. Cinq heures sont accordées

pour la rédaction de cette composition. 2° Une leçon de clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades. Les candidats pourront relativement à l'un des malades se borner à l'énoncé sommaire du diagnostic et du traitement; 3° Une épreuve pratique déterminée par le jury et qui consistera : pour la clinique chirurgicale, en une épreuve de médecine opératoire et une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique; pour la clinique obstétricale et gynécologique, en une épreuve de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique et une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique. 4° Appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

HOPITAUX ET HOSPICES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — 21 Juin. — MM. Dubrisay, 29. — Wallich, 28. 23 Juin. — MM. Brindeau, 29. — Schwab, 26. A la suite de ce concours M. Brindeau est nommé accoucheur des hôpitaux.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Monument Pelletier-Caventou. — Il y a deux ans, un Comité composé de membres des Ecoles et des Sociétés de Pharmacie s'est formé dans le but d'élever un monument à la mémoire de Pelletier et Caventou, qui ont découvert la quinine. Il a suffi au Comité, pour se créer un courant de sympathie, de rappeler les services rendus par ce médicament héroïque, et les immenses conséquences de son emploi : nos armées préservées dans les climats meurtriers, où elles étaient jadis décimées, la colonisation facilitée, l'exploration des pays nouveaux rendue possible. Les encouragements sont venus de tous les points du monde, et, pour arriver à un résultat vraiment digne du but poursuivi, il suffira de quelques nouveaux efforts dans les milieux qui n'ont point encore été spécialement sollicités. Le monde médical, en particulier, ne saurait rester indifférent. Sans parler des médecins qui ont trouvé dans la vulgarisation du remède des succès étonnants, qui leur ont valu réputation, gloire, même des statues, comme à M. Maillet, on peut affirmer que tous les praticiens ont, avec la quinine, une arme puissante et éprouvée, et qu'ils voudront donner un témoignage de gratitude à ceux qui la leur ont fournie. Nous avons donc l'espoir qu'ils répondront à l'appel qui leur est adressé en ce moment et voudront bien envoyer leur offrande, soit au siège du Comité, Ecole de Pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, soit à son trésorier, M. Bocquillon-Limousin, 2 bis, rue Blanche à Paris.

Société de neurologie. — La Société de neurologie a été fondée, à Paris, le 8 Juin 1893.

Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux.

Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de neurologie se réunit en séances publiques, le premier Jeudi de chaque mois (excepté les mois d'Août, Septembre et Octobre), à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin.

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au bureau, qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire.

La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Composition du bureau. — Président : M. Joffroy; vice-président : M. Raymond; secrétaire général : M. Pierre Marie; secrétaire des séances : M. Henry Meige; trésorier : M. Soques.

Membres titulaires fondateurs. — MM. Achard, Babinski, Ballet, Bri-saud, Déjerine, Dupré (E.), Gilles de la Tourette, Gombault, Klippel, Parinaud, Parmentier, Paul Richer.

La première séance publique aura lieu le jeudi 6 Juillet 1899.

Ordre du jour : 1° Allocation de M. le professeur Joffroy; 2° M. le professeur Raymond: Un cas de surdité verbale pure; 3° M. Babinski: Du phénomène des orverts dans l'épilepsie; 4° M. Soques: Un cas de néralgie parasthésique traité par la résection du nerf femoro-cutané; 5° M. le professeur Brissaud: Claudication intermittente douloureuse; 6° M. Déjerine.

Les médecins et la taxe sur la bicyclette. — Le ministre de l'intérieur, pour résoudre certains cas d'exemption de la fameuse taxe sur les bicyclettes, qui s'étaient présentés à propos des médecins de l'assistance médicale gratuite, vient d'adresser aux préfets une singulière circulaire, interprétative de la loi :

« Quant aux médecins chargés dans votre département de la médecine gratuite, ils ne peuvent prétendre à une exemption de taxe qu'autant qu'ils justifient d'avoir visité au moins cent assistés dans l'année. »

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 24^e semaine, 876 décès, chiffre sensiblement inférieur à celui de la semaine précédente, 1013, et voisin de la moyenne ordinaire des semaines de Juin, 862.

La fièvre typhoïde a causé 20 décès, dont 13 ont eu lieu dans les hôpitaux. La rougeole, toujours fréquente en Juin, a causé 23 décès (la moyenne est 25), au lieu de 30 pendant la semaine précédente. La scarlatine, dont on a signalé d'assez nombreux cas de maladie, 195, mais qui cause rarement la mort, n'a causé que 10 décès (la moyenne est 4); la coqueluche a causé 8 décès (chiffre identique à la moyenne); la diphtérie, 6 (au lieu de la moyenne 8); la variole n'a causé aucun décès depuis treize semaines.

Pour la première fois cette année, croyons-nous, la grippe n'a causé aucun décès.

Étranger.

Société italienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. — Le quatrième congrès de la Société italienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie sera tenu à Rome, au mois d'Octobre 1899, sous la présidence du professeur Giuseppe Gradenigo (de Turin).

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Voie et modes de diffusion de l'infection tympano-mastoïdienne;

2° De la physio-pathologie des nerfs olfactifs;

3° Lésions parasymphilitiques ou post-symphilitiques du larynx.

Répertoire thérapeutique

La notion thérapeutique formulée il y a environ trois ans par Albert Robin est absolument fondée et les phosphates de notre organisme existent bien sous la forme de glycérophosphates. Mais si le principal rôle dans l'action des glycérophosphates appartient au radical phosphore qui, à l'état d'acide glycérophosphorique, se trouve animalisé et assimilable, il est indéniable que les bases chaux, soude, potasse, fer et magnésie ne sauraient être indifféremment employées et qu'il y a parmi elles, suivant les cas que l'on veut traiter, un choix très intéressant à faire. Au lieu de prescrire exclusivement le glycérophosphate de chaux, le praticien instruit ne l'emploiera que lorsqu'il aura à traiter une réparation osseuse ou un tissu en voie de formation. Dans un grand nombre d'autres cas la base chaux est non seulement inutile, mais encore elle peut avoir particulièrement chez l'adulte et le vieillard, de sérieux inconvénients comme élément de calcification vasculaire, de troubles intestinaux, constipation, etc.

Chez ces derniers il sera donc rationnel de traiter les affections nerveuses, la neurasthénie, la paralysie générale, le diabète, l'aluminurie par les glycérophosphates de soude, potasse et magnésie. La soude est en effet la dominante minérale des humeurs et forme les milieux au sein desquels se forment toutes les réactions chimiques. La potasse est la dominante minérale du globe rouge, de l'hématie, de la substance blanche du tissu nerveux, du liquide qui baigne le spermatozoïde. La magnésie est la dominante minérale de la substance grise des centres nerveux.

En résumé, nous devons employer le glycérophosphate de chaux pour les maladies des os; le glycérophosphate de fer dans la chlorose et l'anémie; et dans toutes les affections nerveuses, surtout chez les adultes et les vieillards, nous devons donner la préférence aux glycérophosphates de soude, de potasse et de magnésie.

Pour faciliter ces divers modes de traitement, M. Freyssingé prépare et met à la disposition de tous les médecins, sous le nom de Névrosthénine, un glycérophosphate de soude, de potasse et de magnésie en gouttes concentrées, sans sucre ni alcool. Cette préparation est présentée dans des petits flacons compte-gouttes dont l'usage est on ne peut plus commode. Dix gouttes, qui constituent la dose moyenne à administrer à chaque repas, contiennent 10 centigrammes de glycérophosphate de soude, 5 centigrammes de glycérophosphate de potasse et 5 centigrammes de glycérophosphate de magnésie. L'expérience démontre tous les jours que cette donnée scientifique est exacte, car les résultats déjà obtenus sont très satisfaisants. Les praticiens qui ne connaissent pas encore la Névrosthénine et qui voudraient l'expérimenter peuvent s'en procurer en écrivant à M. Freyssingé qui leur en enverra un flacon par retour du courrier et qui sera reconnaissant des observations qu'on voudra bien lui transmettre.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 60 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

FILTRATION ET STÉRILISATION COMPLÈTE DE L'EAU par la
PORCELAINE D'AMIANTE DE M. GARROS

L'Académie des Sciences a décerné à M. GARROS, le 1^{er} Prix Montyon (18 décembre 1893).
 Rapports nombreux des sociétés scientifiques
 Fournisseur de la Faculté de médecine de Paris et de l'Institut Pasteur
 Extrait d'un rapport d'experts du 30 déc. 1895 :
 « La Porcelaine, d'amiante par la petitesse de ses pores, donne une purification et une stérilisation de l'eau plus parfaite qu'avec les autres substances employées jusqu'alors. Or, c'est là le progrès réalisé par M. Garros, c'est là ce qui donne à ses produits un caractère de nouveauté et d'utilité pratique indéniable. » (Signé.)
 SCHUTZENBERGER, ARMAND GAUTHIER, LAUTH.
 Membre de l'Institut, Membre de l'Institut, 17 boulevard Stevoie
FONTAINES ET APPAREILS DE TOUTES SORTES
 Administration : 69, RUE D'HAUTEVILLE, PARIS — Remise de 25 0/0 à MM. les Docteurs

COUPE DES PORCELAINES FILTRANTES
 Présentées aux Sociétés savantes par M. Garros
 Porcelaine d'amiante Porcelaine ordinaire
 D'après des Micro-Photographies



Pores de la Porcelaine d'amiante grossis cinq cents fois. Pores de la Porcelaine ordinaire grossis cinq cents fois.

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les **Cliniciens et Praticiens** qui l'ont expérimenté, l'ICHTHYOL a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique, et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthyol est donc tout indiqué dans les **Maladies cutanées, la Hémorrhagie, les Maladies des Femmes, dans les Conjonctivites et les Affections rhumatismales**, ainsi que dans la **Tuberculose pulmonaire**, etc.
 ADRESSER POUR LES MONOGRAPHIES ET LES ÉCHANTILLONS, à LA **Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques, 35, r. des Francs-Bourgeois, Paris**

ANÉMIE **CHLOROSE**

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°
 LE FLACON : 4 FRANCS

HÉMORRHAGIES **LYMPHATISME**

Granules de Catillon C'est avec ces Granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 3 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASTYOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈME
 Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
 Effet immédiat, usage continu sans intolérance, pas de vasoconstriction.

STROPHANTUS Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont indolores, exigent les Vrais Granules de Catillon, Paris, 3, Boulevard St-Martin. — Titre, Stérilisé, Efficacité certaine. FL. 3 fr.

L'énergie des FERMENTS, la puissante action de la QUASSINE et des autres TONIQUES STIMULANTS qu'il contient font de

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

LE PLUS REMARQUABLE AGENT D'ASSIMILATION INTÉGRALE qui existe.

Universellement employé contre l'ANÉMIE, la CHLOROSE, les affections si multiples de l'ESTOMAC et de la POITRINE, le SURMENAGE et la DEPHOSPHATISATION, ainsi que pour favoriser chez l'enfant le développement de la charpente osseuse.

Indiqué à tous les âges de la vie, il est le seul dont l'invariable efficacité soit chose absolument jugée par 2 jugements consécutifs à 3 expertises judiciaires, et par 2 arrêts de la Cour d'Appel et de la Cour Suprême.

Extrait des rapports de ces trois expertises par trois de nos plus éminents chimistes de PARIS : « Au point de vue Thérapeutique, l'efficacité de l'Extrait de Malt Français Déjardin nous paraît incontestable et confirmée par de très nombreux cas dans lesquels cette préparation a été ordonnée avec le plus grand succès. Il est de notoriété publique qu'il est prescrit journellement par les Médecins.

L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
 titré à 1 gramme de sel par verre à madère, constitue le meilleur mode d'administration de ce médicament.
L'ACIDE CARBONIQUE NATUREL, produit par la fermentation, l'y maintient, en effet, à l'état de dissolution toujours parfaite éminemment favorable à l'assimilation.



Prix : Le Flacon 4 fr. 25

Traitement de la Furonculose
 de l'Anthrax, de l'Acné, des Suppurations
 et des Affections de la peau

PAR

LA LEVURINE

Véritable dérivé et succédané
 de la Levure de bière

Ce produit, préparé par un procédé spécial, avec une levure type sélectionnée, présente sur les levures ordinaires, toujours variables et altérables, les avantages suivants :

EFFICACITÉ ET COMPOSITION CONSTANTES
TOLÉRANCE, FAIBLE VOLUME ET CONSERVATION
 (Voir Presse médicale, année 1899, nos 8, 39 et 46)

DOSE ORDINAIRE : Une cuillerée à café avant chaque repas dans de l'eau sucrée ou de la bière.

CH. COUTURIEUX
 PHARMACIEN-CHIMISTE
 EX-INTERNE ET CHEF DE LABORATOIRE DES HOPITAUX DE PARIS
PARIS — 3, rue Washington, 3 — PARIS
 TÉLÉPHONE 527-40

VIN ECALLE KOLA-COCA et VIN TANNIQUE d'un degré alcoolique très faible.
 Le plus efficace, le plus agréable et le moins irritant des toniques et des stimulants. Ne produit aucune sensation de brûlure sur les estomacs les plus délicats et facilite la digestion.
 Dose : 1 verre à madère avant ou après chaque repas, 1 verre à liqueur aux enfants.
 Ph^o 38, r. du Bac, Paris. Prix : 4 fr. 50

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
 au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
 Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^o GAUTHIER ROBERT, 38, Rue Rochecouart, Paris.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HERPÉTISME, GOÏTRE
Tablettes de Catillon
 à 0^{re} 25 de corps
THYROÏDE

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ CHIMIQUEMENT

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARTEAUX, directeur, 1, rue Cassette.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
GEORGES CARRÉ et G. NAUD, Éditeurs

ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.

Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN
 Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER
 Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.

E. BONNAIRE
 Professeur agrégé,
 Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.

M. LETULLE
 Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôp. Boucicaut.

M. LERMOYEZ
 Médecin
 de l'hôpital Saint-Antoine.

E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.

F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESFOSSES
 Secrétaires adjoints.

Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

DE LA FOLIE POST-OPÉATOIRE, par M. le professeur **DUPLAY** 395

LÉSIONS DU PANCRÉAS DANS LES NÉPHRITES, par M. E. LEFAS 307

CHIRURGIE PRATIQUE

Craniectomie temporaire, par M. E. JUVAYRA (avec 7 figures en noir) 308

ANALYSES

Médecine expérimentale: La leucocytose et la réaction nodée des leucocytes, par M. S. KAMINER 310

Médecine: Fièvre typhoïde ayant déterminé une embolie cérébrale mortelle, par M. J.-W. MOORE. — Pathogénie des accès d'angoisse de poitrine, par M. EDMONDO ORLANDO. — Un cas de charbon de la langue chez l'homme, par M. RAMMSTEEDT 311

Chirurgie: Deux cas de fistules gastro-cœliques, par M. UNRUH. — Les dangers de la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne pour l'organe de la vision, par M. SIRONI 314

Obstétrique et gynécologie: Hémangiosarcome péricapsulaire du vagin chez une fille de deux ans, par M. E. WALDSTEIN. — Hématome de la vulve et du vagin après la décoloration, par M. MERKUTSCHANTZ. — Torsion de l'utérus sur son axe causée par une tumeur, par M. EMILE EHRENDORFER. — Sarcome primitif du vagin chez la femme adulte, par M. PU JUNG. — L'emploi de la formaline dans le traitement de la syphilis puerpérale, par M. W. FELL 311

Neurologie et psychiatrie: Recherches sur l'appareil sensitif des épileptiques, par M. G.-A. WELLS. — Contribution à l'étude historique et sémiologique des délirés religieux, par M. ROGER HYVERT 312

Ophthalmologie: Ophthalmie métastatique suivie de mort, par M. F. TERREIN 312

Médecine publique et hygiène: L'alimentation carnée dans ses rapports avec l'état de l'appareil de la digestion jusqu'à la deuxième année, par M. SALVATORE GUCCIARDI 312

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Académie des sciences: Note sur la toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier, MM. LANZANGUE et GALLIARD. — Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets thérapeutiques du sérum antidiphthérique, M. ARLOING. — Cristallisation de l'albumine du sang, M^{lle} S. CRUZEWKA 248

Académie de médecine: Rapport sur les demandes d'autorisation pour l'exploitation des eaux minérales, M. HANRIOT. MM. BOUGARDAT, HANRIOT, ROBIN, GAUTHIER, HANRIOT, BOURGARD, MOISSAN, ROBIN. — Dosage des matières albuminoïdes dans l'urine, M. GAUTHIER. — De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence, M. APOSTOLI 248

Société de biologie: Méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weischelbaum, M. V. GRIFFON. — Action comparée des poisons tuberculeux, MM. A. GOURT et F. BEZANCON. — Culture sur sang écoulé du liquide pésonillé par ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse, MM. BEZANCON et GRIFFON. — Morphologie et modes de reproduction de l'entérocoque, M. THERRACLIN. — Fièvre typhoïde et rejets, M. CHARRIN. — Des rapports entre l'appareil et la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, M. A. HÉNOCOQUE. — Toxicité du

métavanadate de soude, MM. HALLION et LARAN. — Action de l'extrait capsulaire de la diurèse et la circulation rénale, MM. E. BARBIER et A. FRENKEL. — Sur l'agglutination du bacille tuberculeux, MM. MONGOUR et DUARD. — Toxicité du sesquifluorure de phosphore, M. FROST. — Ophthalmie par les corps jaunes de l'ovaire, M. LEBRETON. — Troubles respiratoires dans le tabes, M. EGGER. — Des alexines, M. DANICH. — Oxydases indirectes dans les tissus herniaires, M. CARRIÈRE. — Mouvements vermiculaires des tubes de Malpighi du du grillon, M. LÉGER 248

Intérêts professionnels et médecine légale 249

Voir les Nouvelles à la dernière page.

VARIÉTÉS

L'état actuel de la marine marchande en France. — A notre époque, où un nombre important de médecins trouve l'emploi de ses capacités et de son savoir à bord des paquebots de notre flotte marchande, nous ne saurions nous désintéresser entièrement des questions maritimes. A la lecture de l'article remarquable que G. Ferné publie dans la *Revue scientifique* sur la crise de la marine marchande, on se convainc rapidement que l'état actuel de notre marine de commerce est loin d'être florissant. En France, la notion primordiale est celle de l'état Providence, substituant son initiative à l'initiative privée. Appliquée à la marine, cette notion a produit ce résultat remarquable que nombre de compagnies vivent presque exclusivement sur leurs subventions ou les primes à la navigation sans souci de l'exploitation commerciale. Il y a des navires voiliers qui tournent autour du globe pour toucher la prime sans servir en rien le commerce français. Aussi, si l'on jette un coup d'œil sur les grandes routes maritimes des océans, on constate que le pavillon français est exclu d'un grand nombre d'entre elles; que, sur les autres, nos relations maritimes sont assurées par des compagnies postales qui ne vivent que par les subventions gouvernementales, et que, si ces subventions venaient à être supprimées, le pavillon français disparaîtrait presque complètement de la surface des mers. Malgré nos colonies d'Indo-Chine, de Madagascar et de Djibouti, le nombre des navires français qui ont passé par le canal de Suez en 1897 est inférieur à celui des navires hollandais.

Anglais	1.305 navires.
Allemands	325 —
Hollandais	206 —
Français	202 —

Pour l'année 1898, la proportion est à peu près la même.

Notre pavillon est absolument absent dans le grand océan Pacifique. Jamais, si ce n'est par exception, on ne voit un navire de commerce français dans les ports de Chine, et, pour citer un exemple récent, le matériel nécessaire aux nouveaux chemins de fer de Hanou à la frontière chinoise a été emporté de Dunkerque par des navires anglais.

FACULTÉ DE PARIS

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 5 Juillet 1899, à 1 heure. — M. ANGLADE: Essai clinique de sanatorium de haute altitude à Aubrac (Aveyron); MM. Potain, Landouzy, Wurtz, Méry. — M. NICOLAS: Des souffles du cœur chez les chlorotiques; MM. Potain, Landouzy, Wurtz, Méry. — M. GOR: Gastrite aiguë ulcéreuse; MM. Potain, Landouzy, Wurtz, Méry. — M. MANTO: Traitement de l'hystérie par l'isolement à l'hôpital; MM. Landouzy, Potain, Wurtz, Méry. — M. BOSVIEUX: Considérations sur la nature parasitaire de l'eczéma; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Dupré. — M. EYSSARD: Traitement chirurgical des tuberculoses cutanées; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Dupré. — M. BÉCKE: Contribution au traitement des cholédoles; MM. Fournier, Joffroy, Gaucher, Dupré. — M. FAXIER: Introduction à l'étude de la colère chez les aliénés; MM. Joffroy, Fournier, Gaucher, Dupré. — M. WANDER: L'accouchement provoqué chez les bassins rétrécis; MM. Pinard, Lannelongue, Varnier, Walth. — M. NÉNER: De la présentation du siège (causes, pronostic, traitement); MM. Pinard, Lannelongue, Varnier, Walth. — M. SUGAT (Maurice): Des états éléphantiasiques congénitaux; MM. Lannelongue, Pinard, Varnier, Walth. — M. GAUTHIER: Contribution à l'étude du lymphadénome du testicule; MM. Tillaux, Humbert, Lejars, Broca (Aug.). — M. ARNOYO: Contribution à l'étude des hémorragies intrapéritonéales par rupture de la trompe dans la grossesse tubaire, et particulièrement de leur traitement; MM. Tillaux, Humbert, Lejars, Broca (Aug.). — M. FABRE: Contribution à l'étude des déformations du thorax et des troubles respiratoires, en particulier dans les scolioses; MM. Tillaux, Humbert, Lejars, Broca (Aug.). — M. SERRAT (Ernest): Le mélanosarcome de la peau; MM. Tillaux, Humbert, Lejars, Broca (Aug.).

Jeudi 6 Juillet 1899, à 1 heure. — M. COUSIN (Emile): Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde sudorale; MM. Jaccoud, Raymond, Vaquez, Thoinot. — M^{lle} LISZKAINE: Traumatisme comme cause occasionnelle de l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne); MM. Raymond, Jaccoud, Vaquez, Thoinot. — M. SIMON (L.): Contribution à l'étude des anévrismes fessiers et à leur traitement par la ligature de l'hypogastrique; MM. Guyon, Gariel, Albarran, Charrin. — M. RILHAC: Des courants de haute fréquence. — Leur emploi en médecine, principalement dans le rhumatisme chronique; MM. Guyon, Gariel, Albarran, Charrin. — M. AUBRY: Du massage de la prostate; MM. Guyon, Gariel, Albarran, Charrin. — M. MIGNON: La bicyclette chez les hernieux; MM. Gariel, Guyon, Albarran, Charrin. — M. VELLARD: Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, et, en particulier, des états spéciaux de l'oreille moyenne que l'on trouve à leur autopsie; MM. Grancher, Le Dentu, Richelot, Thiroloix. — M. LEFER: Contribution à l'étude des végétations chez les femmes enceintes; MM. Le Dentu, Grancher, Richelot, Thiroloix. — M. DANIEL: Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine; MM. Cornil, Hutinel, Launois, Méry. — M. BRYEN: Épileptie hémorragique; MM. Cornil, Hutinel, Launois, Méry. — M. ESCOFFER: L'épreuve de glycosurie alimentaire au cours des cirrhoses; MM. Hutinel, Cornil, Launois, Méry.

VIN OXYGÉNÉ PANCHÈVRE
 RECONSTITUANT GÉNÉRAL
 PANCHÈVRE et C^{ie}, 26, rue des Rosiers, Paris et Pharmacies.

CONTREXEVILLE-PAVILLON

POUGUES TONI-DIGESTIVE

VIN DE "CHASSAING" — Dyspepsies.

SAINT-GALMIER BADOIT

HAMAMELINE-ROYA: Tonique vasculaire.

CARABANA PURGE GUÉRIT

CASCARA DEMAZIERE
 PILULES DRAGÉFIÉES
 SPÉCIFIQUE de la CONSTIPATION CHRONIQUE

OPOTHÉRAPIE Hépatique, Ovarienne
 Sarrénaie, Thyroïdienne **MONCOUR**

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 Juillet 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Vernier, Lepage. — 2^e. Fin d'année (Officiel) : MM. Blanchard, Poirier, Retterer. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Delens, Delbet. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Broca (Aug.), Mauclair. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Teissier, Méry. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Necker : MM. Humbert, Reclus, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Necker : MM. Blum, Lejars, Walther. — 5^e (Deuxième partie), Necker : MM. Fournier, Lance-reaux, Gaucher.

Mardi 4 Juillet 1899. — 5^e. Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Debove, André, Thiriois. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Roger, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Chantemesse, Troisier, Charin. — 5^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Charité : MM. Panas, Le Dentu, Faure. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Charité : MM. Guyon, Berger, Thiéry. — 5^e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccoud, Hutinel, Ménétrier. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 5 Juillet 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich. — 3^e (Deuxième partie), MM. Lancereaux, Teissier, Launois. — 3^e. Fin d'année (Officiel) : MM. Poirier, Gilles de la Tourette, Vidal. — 4^e (Première partie), Chirurgie (1^{re} série), Pitié : MM. Blum, Remy, Legueu. — 5^e (Première partie), Chirurgie (2^e série), Pitié : MM. Delens, Reclus, Mauclair.

Jeudi 6 Juillet 1899. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Poirier, Faure, Wallich. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Blanchard, Troisier, Achard. — 4^e. Laboratoire de pharmacologie, Salle de Matière médicale : MM. Proust, Debove, André.

Vendredi 7 Juillet 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Vernier, Lepage. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Humbert, Walther, Wallich. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Necker : MM. Reclus, Delbet, Sèbèlan. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Necker : MM. Polain, Landouzy, Tessier. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Necker : MM. Joffroy, Gaucher, Vidal. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Wurtz, Thoinot. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Lancereaux, Dupré.

Samedi 8 Juillet 1899. — 5^e (Première partie), Obstétrique, à 9 heures du matin, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich. — 1^{re}. Ancien régime : MM. Blanchard, Desgrez, Broca (André). — 2^e. Définitif (Officiel) : MM. Quénu, Vaquez, Launois. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Charité : MM. Dieulafoy, Troisier, Roger. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Charité : MM. Chantemesse, Marfan, Achard. — 5^e (Deuxième partie) (1^{re} série), Pitié : MM. Cornil, Raymond, Thiriois. — 5^e (Deuxième partie) (2^e série), Pitié : MM. Hutinel, Ménétrier, Vidal. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique Tarnier : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

ACADÉMIE DES SCIENCES

19 Juin 1899.

Note sur la toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier. — MM. Lannelongue et Galliard. Chez l'enfant normal, la toxicité urinaire est inférieure à celle de l'adulte. Une urotoxie équivalait à un nombre de centimètres cubes variant entre 75 centimètres et 115 centimètres; elle est de 102 centimètres cubes en moyenne d'après nos expériences; la moyenne du coefficient urotoxique est de 533 centimètres cubes.

Les urines de l'enfant atteint d'appendicite aiguë sont beaucoup plus toxiques que les urines normales; la valeur de l'urotoxie varie de 19 à 50, moyenne 32, c'est-à-dire trois fois plus forte environ que chez un sujet sain. De même, la densité, la couleur, la somme des matières extractives sont différentes de l'état normal; tous ces éléments figurent en plus grande quantité dans l'urine pathologique et tous contribuent à lui donner une part de sa toxicité.

Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets thérapeutiques du sérum antidiphthérique. — M. Arloing. Le sérum antidiphthérique exerce une action thérapeutique qui dépend, en partie, de la voie choisie pour l'introduire dans l'organisme.

Chez le chien la voie sanguine est supérieure sous ce rapport à la voie conjonctive; chez le cobaye, la voie conjonctive est supérieure à la voie péritonéale.

Reste à chercher le déterminisme de ces différences.

Cristallisation de l'albumine du sang. — M^{lle} S. Cruzewska. Les procédés de Hofmeister et de Gerber au moyen desquels on obtient certaines albumines cristallisées gagnent à être modifiés de la façon suivante : au lieu de concentrer la liqueur par évaporation ou par addition de sulfate d'ammoniaque, on modifie la concentration en abaissant la température et en la relevant ensuite. Par ce moyen on a pu cristalliser les albumines du sérum des animaux qui n'avaient pas encore été vues sous cette forme.

E. JULIA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 Juin 1899.

Rapport sur les demandes d'autorisation pour l'exploitation des eaux minérales. — M. Harriot lit un rapport au nom de la commission des eaux minérales et propose d'autoriser l'exploitation et la vente de l'eau arsenicale de Levicq (Tyrol), qui contient 6 milligrammes d'acide arsénieux par litre.

M. Bouchardat. Je ne suis point d'accord avec la commission lorsqu'elle propose d'accorder la vente d'une eau arsenicale qui est dix fois plus riche en arsenic que l'eau de la Bourboule et comparable à la liqueur de Fowler.

Du jour où cette autorisation sera donnée, les épiciers pourront la vendre sans ordonnance de médecin, ce qui offrira de grands dangers.

M. Harriot. M. Bouchardat se trompe sur la richesse en arsenic de l'eau de Levicq. Elle ne contient pas plus de 6 milligrammes d'acide arsénieux par litre.

Doit-on donc empêcher la vente d'une eau sous le prétexte qu'elle est active?

M. Robin. Il est difficile que l'Académie ait deux poids et deux mesures. Il y a quelques années, elle a bien autorisé la vente de l'eau de Ronceggio, aussi riche en arsenic.

M. Gautier. Je demande sur quoi se fonde M. le rapporteur pour affirmer aujourd'hui que l'eau de Levicq ne contient pas plus de 6 milligrammes par litre; la commission croyait qu'elle en contenait dix fois plus.

M. Harriot. Les analyses sont rapportées à dix litres et non à un litre d'eau, comme le croyait d'abord la commission.

M. Brouardel. Nous n'avons pas le droit de réglementer, nous ne pouvons qu'émettre un vœu; il faudra donc un an avant que cette eau puisse entrer dans la pratique. Il serait urgent de proposer une modification dans la réglementation des eaux minérales.

M. Moissan. Une eau à la fois ferrugineuse et arsenicale donnera des dépôts très riches en arsenic capables d'amener une intoxication.

M. Robin. Il ne se produit pas de dépôt dans l'eau de Levicq.

La question est renvoyée devant la commission des eaux minérales.

L'Académie émet le vœu d'ajouter, dans la loi sur l'exploitation des eaux minérales, les eaux arsenicales en général, à l'eau de la Bourboule, aux eaux sulfureuses et aux eaux purgatives dont la vente est permise seulement aux pharmaciens diplômés.

Dosage des matières albuminoïdes dans l'urine. — M. Gautier présente un travail de M. Denigès sur le dosage chimique des albuminoïdes urinaires.

De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence. — M. Apostoli vante les bons effets des courants de haute fréquence sur les accidents de l'arthritisme. Ces courants constituent un modificateur puissant de la nutrition générale, qu'ils peuvent activer et régulariser en même temps.

M. LABÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

17 Juin 1899 (suite et fin).

Méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weichselbaum. — M. V. Griffon. J'ai pu isoler à l'état de pureté, du pus retiré par ponction lombaire, à un malade atteint de méningite cérébro-spinale, un microbe que j'identifie au diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum. Le microbe étudié est un coccus immobile, groupé très régulièrement en diplocoques, jamais en chaînettes, parfois en petits amas. Dans les milieux appropriés, par exemple dans les cultures en sérum de lapin, il présente une capsule absolument nette. Il est décoloré par la réaction de Gram. Dans le diplocoque, chaque élément possède une face plane en rapport avec une face analogue de l'élément opposé.

Ce microbe pousse difficilement sur les milieux usuels; il ne se développe pas sur gélatine; même dans les milieux favorables, il végète lentement et les colonies ne sont complètes qu'après un séjour de quarante-huit heures à l'étuve à 37°.

Le bouillon est légèrement troublé ou demeure stérile. Sur gélose, il ne se développe pas d'abord de colonies apparentes à la surface du milieu solide; au bout de trois à quatre jours, une colonie isolée peut apparaître à la surface de la gélose, où elle prend alors son entier développement. Au fur et mesure des repiquages, le microbe s'acclimatise aux milieux artificiels, et la culture sur gélose est alors plus rapide, moins incertaine et plus abondante; elle peut offrir à l'œil nu l'aspect d'une culture de bacille typhique.

Le sérum de lapin, non coagulé, donne une culture qui, au bout de quarante-huit heures, est assez abondante, moins riche cependant que s'il s'agissait du pneumocoque.

Le sang gélosé constitue également ici un bon milieu de culture; les colonies sont abondantes, propices aux repiquages, précoces dans leur apparition; elles sont plates, maculeuses, d'un jaune brunâtre, translucides,

et, s'il y a confluence de plusieurs colonies, on a l'aspect d'un placard à bords polycycliques.

Expérimentalement, l'action du microbe sur la souris est bien telle que l'a décrit Weichselbaum. L'inoculation sous la peau, soit qu'on injecte le pus, soit qu'on s'en serve d'une culture, demeure négative. Par contre, l'injection intra-pleurale a déterminé la mort de l'animal au bout de trois jours, et l'autopsie a révélé une pleurésie double, avec épanchement séro-hémorragique plus abondant du côté de la piqûre et généralisation du microbe dans le sang et les organes.

Un lapin a reçu dans la veine une petite dose de culture; il n'a pas succombé, même au bout de douze jours, mais il a maigri, il est cachectique, et l'examen de son sang montre une leucocytose intense et la présence, dans l'intervalle des globules rouges et blancs, de méningocoques libres.

Il était intéressant de rechercher la propriété agglutinante dans le sang du malade. Or, le sérum n'a pas agglutiné ce diplocoque, soit qu'on l'ait fait agir sur une culture en bouillon, comme dans le procédé de Vidal pour le bacille typhique, soit qu'on ait tenté de cultiver le microbe dans le sérum pur, comme nous l'avons proposé avec M. Bezançon pour le pneumocoque.

Action comparée des poisons tuberculeux. — MM. A. Gouget et Fernand Bezançon. Après les communications fondamentales de Koch sur la tuberculine, on crut pendant quelque temps que les produits toxiques des cultures tuberculeuses étaient renfermés exclusivement ou à peu près dans le corps des bacilles, et que la réaction des animaux tuberculeux à ces produits se traduisait invariablement par de l'hyperthermie. Des recherches ultérieures vinrent montrer qu'il se trouve dans les cultures tuberculeuses filtrées une autre substance, une toxalbumine, exerçant, au contraire, une action hypothermisante sur les cobayes tuberculeux, action qu'elle perd par le chauffage à 100°.

Une série d'expériences à ce sujet, sur 86 cobayes, nous a donné les résultats suivants :

A dose mortelle, la tuberculine (T), comme la toxalbumine, tue les cobayes, sains ou tuberculeux, dans l'hyperthermie progressive; à dose non mortelle, la toxalbumine a, dans certains cas, non seulement sur le cobaye sain, mais aussi sur le cobaye tuberculeux, une action hypothermisante que ne paraît jamais posséder la tuberculine, et qui disparaît, en effet, sous l'action d'une température de 100°.

Le résultat est d'autant plus notable que l'extrait de bouillon glyciné ou l'eau glycinée, s'ils produisent assez souvent de l'hyperthermie chez le cobaye sain, donnent, au contraire, constamment de l'hyperthermie chez le cobaye tuberculeux. La toxalbumine est plus toxique que la tuberculine pour le cobaye sain (16,6 pour 100 de mortalité au lieu de 12,5 pour 100) et surtout pour le cobaye tuberculeux (53 pour 100 au lieu de 23 pour 100).

(La tuberculine a été employée aux doses de 1/2 à 2 centimètres cubes. La toxalbumine a été injectée soit non concentrée (10 à 20 centimètres cubes), soit réduite au 10^e par évaporation à 55° dans le vide à dose de 1/4 à 2 centimètres cubes.)

Le bacille tuberculeux produit donc deux substances, l'une hyperthermisante, l'autre hypothermisante. Si l'on considère que la nouvelle tuberculine (TR), préparée plus encore que l'ancienne aux dépens des corps bacillaires, mais à froid, possède, d'après Koch, une action hyperthermisante sur le cobaye tuberculeux, on est amené à conclure qu'en dehors de cette substance hyperthermisante, faisant partie intégrante de son protoplasma même, le bacille tuberculeux sécrète une toxine hypothermisante, qui se détruit par la chaleur comme les toxines du tétanos et de la diphtérie. L'impossibilité, avec les procédés actuels, de séparer complètement ces deux substances explique que la toxalbumine impure dont nous nous servons, donne tantôt de l'hyperthermie, tantôt de l'hypothermie, tantôt les deux réactions successivement.

7 Juin 1899.

Culture sur sang gélosé du liquide recueilli par ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse. — MM. Bezançon et Griffon. Nous avons obtenu des cultures de bacilles de la tuberculose, en ensemencant sur les tubes de sang gélosé le liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire dans un cas de méningite tuberculeuse.

Au bout de quatre semaines d'étuve à 39°, on percevait, à la surface du milieu de culture, des colonies fines, abondantes, moins grosses que des têtes d'épingles, plus nombreuses que lorsqu'on cultive un épanchement séro-pleurétique. Aujourd'hui, chaque colonie a acquis un très grand développement, et la forme sphéroïde, l'aspect légèrement mûriforme, la coloration chocolat sont caractéristiques.

Pour la recherche clinique du bacille de Koch dans les épanchements par la culture sur sang gélosé, il est bon de se servir de petits flacons d'Erlenmeyer, au fond desquels on laisse se figer le mélange de sang de lapin et de gélose glycinée : on peut alors répandre à la surface du milieu une quantité de liquide beaucoup plus grande que si l'on se sert de tubes.

Morphologie et modes de reproduction de l'entérocoque. — M. Thiecelin. J'ai isolé de l'intestin

de l'homme sain un diplocoque dont j'ai montré déjà les propriétés pathogènes et le rôle qu'il peut jouer dans la production des maladies du tube digestif et de ses annexes. Dans les cultures, ce microbe est très polymorphe. La forme la plus fréquente est la forme diplocoque ou strepto-diplocoque; mais on peut trouver tous les intermédiaires entre de nombreux cocci isolés et de véritables bâtonnets. Les éléments peuvent être entourés d'une aréole; la plupart des formes qui restent colorées au gram dans les selles appartiennent à cette espèce microbienne. L'entérocoque se reproduit dans les cultures et dans les matières organiques, soit par scissiparité, soit par sporulation.

Fièvre typhoïde et rejets. — M. Charrin. J'ai récemment observé douze fièvres typhoïdes chez des femmes enceintes au voisinage du terme de la grossesse; ces femmes ont, en général, accouché dès le premier septennaire de la maladie; néanmoins, les nouveau-nés offrent, dans ces conditions, des modifications anatomiques et chimiques intéressantes à signaler. En premier lieu, cette influence de la maladie de la mère se fait sentir dès le début; il peut en être de même dans le cas de nourrice et nourrisson; un de ces nourrissons a maigri de 50, de 102 grammes par vingt-quatre heures, dès la cinquième ou sixième journée; le lait agglutinait nettement, tandis que les humeurs des rejets étaient sans action.

En second lieu, les principes actifs transmis suivent plusieurs voies, voie mammaire, voie placentaire; cette donnée, vraie dans l'expérimentation, doit mettre en garde contre des résultats dus à la lactation et rapportés à la vie intra-utérine.

En troisième lieu, ces principes sont parfois solubles, chimiques; les organes des enfants peuvent se montrer stériles.

Des rapports entre l'apnée et la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine. — M. A. Hénoque. Chez une femme que je viens d'observer, la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine est très prolongée; il en résulte que l'activité de la réduction est voisine de la moitié de l'activité normale; il y a donc ralentissement très prononcé dans les échanges entre le sang et les tissus. La durée de l'apnée est en rapport avec la durée de la réduction, en d'autres termes; l'apnée cesse quand la réduction; de l'oxyhémoglobine est effectuée; la durée de la réduction et la durée de l'apnée sont égales.

Lorsque l'apnée est précédée de larges inspirations, la durée de l'apnée est plus grande que lorsque la respiration est arrêtée brusquement ou après une expiration prolongée.

En somme, la malade n'est forcée de respirer et de faire cesser l'apnée que lorsque le sang est devenu veineux dans tous les téguments et probablement aussi dans tous les viscères et les muscles.

Toxicité du métavanadate de soude. — MM. Hallion et Laran. Nous avons fait déjà allusion à l'instabilité du métavanadate de soude. Le métavanadate de soude ne peut être obtenu à l'état pur. Il n'est pas stable en dissolution dans l'eau, et, de quelque façon qu'on opère pour la préparation de ce corps, on a toujours avec le métavanadate des ortho, pyrovanadates et des vanadates acides en quantité variable, ou encore du carbonate de soude en plus ou moins grand excès.

On n'a jamais eu d'échantillons de métavanadate rigoureusement identiques; de plus il est pratiquement impossible de doser le vanadium dans ces échantillons. A notre avis, il faut donc partir, pour les expériences biologiques et thérapeutiques, des solutions titrées d'acide vanadique qu'on peut obtenir à l'état pur et qu'il est facile de doser exactement par simple évaporation.

Action de l'extrait capsulaire sur la durée et la circulation rénale. — MM. E. Bardier et A. Frenkel (de Toulouse). Nous avons observé que la vasoconstriction rénale provoquée par l'injection intraveineuse d'extrait capsulaire, et signalée déjà par Oliver et Schaffer, est suivie d'une deuxième phase de vasodilatation plus longue que celle-ci, bien que moins intense.

Les effets immédiats de l'extrait capsulaire sur l'écoulement de l'urine sont une période de ralentissement ou d'arrêt de la sécrétion qui dure deux à trois minutes et qui correspond exactement à la phase de vasoconstriction rénale. L'écoulement d'urine s'accélère ensuite pendant plusieurs minutes tant que dure la vasodilatation.

Sur l'agglutination du bacille tuberculeux. — MM. Mongour et Buard (de Bordeaux). L'agglutination du bacille tuberculeux signalée par MM. Arloing et Courmont est d'autant plus nette que le sujet est plus résistant ou plus éloigné de la cachexie. Pour apprécier la valeur du séro-diagnostic de la tuberculose, il est préférable de ne pas tenir compte des résultats obtenus six heures après le mélange du liquide organique à éprouver avec la culture; tous les sérums nous paraissent capables d'agglutiner le bacille de Koch mobile, ce laps de temps écoulé.

Toxicité du sésquisulfure de phosphore. — M. Frouin. J'ai étudié la toxicité de ce produit non par ingestion, mais par inhalations chez les animaux. Il résulte de ces expériences que si l'emploi du sésquisulfure de phosphore peut diminuer les empoisonnements criminels ou volontaires, puisque, par ingestion, il se

montre moins toxique que le phosphore blanc, il n'en est pas de même par inhalations. La manipulation et l'utilisation industrielle constituent une opération insalubre, puisque les vapeurs produites par ce corps chauffé à 25° ou à 45° sont plus toxiques pour la souris que celles dégagées par la même quantité de phosphore blanc.

Opothérapie par les corps jaunes de l'ovaire. — M. Lebreton. Sur les conseils de M. Duval, j'ai expérimenté dans un but opothérapique, non plus avec la glande ovarienne tout entière, mais avec les corps jaunes de cette glande. J'ai noté par l'emploi de ce médicament des résultats appréciables, notamment dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Troubles respiratoires dans le tabes. — M. Egger. J'ai observé une tabétique qui ne respirait que cinq à six fois par minute. Cette malade était atteinte d'anesthésie profonde, musculaire et articulaire très marquée; peut-être pourrait-on rapporter ces troubles respiratoires à un manque de réaction de la part du muscle, l'oxydation musculaire devenant insuffisante dans ces conditions.

Des alexines. — M. Danich. J'ai pu faire apparaître, simultanément ou successivement, dans le sérum sanguin d'animaux, un certain nombre des alexines signalées par Büchner; la lépine, la coaguline, l'agglutinine. Ces variations dans l'apparition des alexines sont surtout influencées par le milieu salin.

Oxydases indirectes dans les tissus herniaires. — M. Carrière envoie une note signalant la présence d'oxydases indirectes dans les tissus de l'organisme humain.

Mouvements vermiculaires des tubes de Malpighi du grillon. — M. Léger fait parvenir les conclusions d'un travail démontrant que les mouvements vermiculaires des tubes de Malpighi du grillon, que l'on peut observer en dehors de l'organisme de cet insecte, sont dus à la présence d'un système particulier de fibres musculaires striées.

A. SICARD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS ET MÉDECINE LÉGALE

Election d'un représentant des Syndicats médicaux au conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels. — La loi du 1^{er} Avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels, rendue par décret du 24 Mars 1899 applicable à l'Algérie, a institué près le ministre de l'intérieur un Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels composé de trente-six membres, parmi lesquels doit figurer un représentant des Syndicats médicaux élu par les délégués de ces Syndicats, dans les formes déterminées par un règlement d'administration publique.

On sait, d'autre part, que l'article 13 de la loi du 30 Novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, porte que les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 Mars 1884.

Conformément à ces dispositions, un décret en date du 13 Juin 1899 règle ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles doit avoir lieu l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

« ARTICLE PREMIER. — Le représentant au Conseil supérieur des Syndicats organisés en exécution de l'article 13 de la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine doit être Français, âgé de trente ans au moins, non déchu de ses droits civils et civiques.

Il doit, en outre, avoir été, pendant cinq ans au moins, membre d'un de ces Syndicats.

Il est élu par les délégués des Syndicats dans les formes déterminées aux articles suivants.

Art. 2. — Le nombre des délégués de chaque Syndicat de France et d'Algérie est calculé sur le chiffre total de ses membres et dans les proportions suivantes :

Jusqu'à cinquante membres, un délégué;

De cinquante et un à cent membres, deux délégués.

Au-dessus de cent membres, le nombre de deux délégués est augmenté d'un délégué par cent membres.

Le nombre des délégués déterminé conformément aux bases ci-dessus indiquées est arrêté par le préfet, chaque année, avant le 15 Décembre. D'après les renseignements statistiques envoyés par les Syndicats avant le 1^{er} Juillet.

Les Syndicats qui ne fournissent pas ces renseignements avant cette date perdent le droit d'avoir des délégués.

Art. 3. — Les délégués sont choisis par les assemblées générales des Syndicats.

Ils doivent être Français, âgés de trente ans au moins, non déchu de leurs droits civils et civiques.

Les femmes mariées doivent être pourvues des autorisations de droit commun.

Art. 4. — Lorsqu'il y a lieu de procéder à l'élection du représentant au Conseil supérieur, le ministre de l'intérieur fixe le jour, l'heure et la durée des opérations électorales par un arrêté inséré au Journal officiel. Le jour fixé doit toujours être un dimanche.

Art. 5. — A la suite de la publication dudit arrêté, les présidents des Syndicats appelés à choisir leurs délégués sont invités par le préfet à faire procéder à cette élection par leurs assemblées générales dans un délai maximum de dix jours. Les noms des délégués sont envoyés au maire de la commune où siègent les Syndicats qu'ils représentent. Le maire en arrête et en transmet la liste au préfet.

Cette liste est affichée à la mairie. L'élection des délégués peut être attaquée dans un délai de cinq jours devant le juge de paix, soit par les membres du Syndicat, soit par le maire, dans la forme et les conditions prévues à l'article 6 de la loi du 1^{er} Avril 1898.

Art. 6. — Au jour fixé pour l'élection du représentant au Conseil supérieur, chaque délégué remet au maire son bulletin de vote dans une enveloppe cachetée qui est, par les soins du maire, renfermée dans une deuxième enveloppe portant en suscription le titre du Syndicat et le nom de l'électeur, et paraphée par le maire et par l'électeur. Ces enveloppes sont adressées au préfet qui les transmet sans délai au ministre de l'intérieur.

A Paris, les bulletins de vote sont remis au préfet de la Seine.

Art. 7. — Le dépouillement du scrutin est effectué, dix jours après le vote, au ministère de l'intérieur, par les soins d'une commission composée : 1^o de deux présidents de Syndicats désignés par le ministre de l'intérieur; 2^o des deux plus âgés et des deux plus jeunes délégués présents, sous la présidence d'un représentant du ministre.

En cas d'insuffisance du nombre des délégués présents, il y est suppléé par des membres des Syndicats médicaux désignés par le ministre.

La commission dresse un procès-verbal de ses opérations et transmet au ministre le résultat de l'élection, qui est publié au Journal officiel.

Art. 8. — L'élection du représentant au Conseil supérieur a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés. Dans le cas où aucun candidat n'obtiendrait la majorité absolue, il est procédé, quinze jours après, à un deuxième tour de scrutin. Cette fois, l'élection a lieu à la majorité relative.

Art. 9. — L'élection peut être attaquée par tout électeur devant le ministre de l'intérieur, dans un délai de dix jours à partir de la publication des résultats de l'élection au Journal officiel. La décision du ministre ne peut être attaquée devant le Conseil d'Etat que dans un délai de quinze jours à partir de la notification. Faute par le ministre d'avoir statué dans le délai d'un mois, la réclamation est considérée comme rejetée et peut être portée devant le Conseil d'Etat comme au contentieux.

Le recours est dispensé du ministère d'avocat.

Art. 10. — Dans le cas où le représentant des Syndicats médicaux cesse, pour une cause quelconque, de faire partie du conseil supérieur avant l'expiration de son mandat, il est procédé à son remplacement dans un délai maximum de deux mois.

C'est le 9 Juillet 1899 que les Syndicats médicaux sont convoqués pour élire leur représentant au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

Ajoutons que ce représentant est nommé pour quatre ans, et que ses pouvoirs sont renouvelables.

P.-A. MESSARD.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Académie de médecine. — ELECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE THÉRAPEUTIQUE. Les candidats présentés étaient en première ligne : M. Hutinel; en seconde ligne : MM. Sevestre et Ducastel; en troisième ligne : MM. Balzer, Bardet et Moutard-Martin.

Au premier tour de scrutin, M. Hutinel est élu par 64 voix, contre 2 à M. Sevestre, 4 à M. Ducastel et 4 à M. Bardet sur 74 votants.

Les vacances de l'Académie. — Dans une discussion en comité secret, l'Académie décide de prendre des vacances du 1^{er} Août au 19 Septembre. Une commission permanente siégera durant ce temps.

Conseil municipal. — A la séance du 19 Juin, M. Paul Vivien a demandé la reconstruction de la salle de bain de l'hôpital de la Charité qui avait été supprimée par suite du mauvais état des bâtiments et de la canalisation.

Il dit que cette opération est indispensable, non seulement parce qu'elle rendra des services très appréciés aux malades de l'extérieur, mais aussi parce qu'il est inadmissible de continuer à donner des bains aux malades de l'hôpital dans une salle aux murs délabrés et à l'aspect malpropre. Renvoyé à la 5^e commission et à l'administration.

A été renvoyée à la 3^e commission et à l'administration, une pétition déposée par MM. André Lefèvre et Alpy, émanant des préparateurs, des élèves et des professeurs des cours d'histologie de la Faculté de médecine, lesquels se plaignent de la trépidation causée par les voitures dans les salles de cours qui se trouvent situées au rez-de-chaussée de la rue Racine, ce qui rend tout travail impossible.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHOUX, imprimeur, 5, rue Cassette.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Capsules Clin au Phosphotal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

AVANTAGES
DU
Phosphotal
(Phosphite neutre
de Créosote.)

- 1° Absence de causticité.
- 2° Tolérance et assimilation parfaites (pas de diarrhée).
- 3° Richesse en Créosote (90 0/0) et en Phosphore (9 0/0) lui assurant au plus haut degré la double efficacité des médications créosotées et phosphatées.
- 4° Action thérapeutique : Suppression de la Toux et des Sueurs; Augmentation de l'Appétit; — Relèvement de l'acidité urinaire.

L'enrobage au Gluten des Capsules Clin au Phosphotal assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et conserve l'intégrité de l'estomac.

DOSAGE : Chaque Capsule est exactement dosée à 0 gr. 20 de Phosphotal; 4 à 12 Capsules par jour aux repas.

Emulsion Clin au Phosphotal

DOSAGE RIGOUREUX : 0 gr. 50 de Phosphotal par cuillerée à café;
2 à 6 cuillerées à café par jour dans 1/2 verre de lait.

S'administre également en lavements : 2 cuillerées à café dans 1/2 verre de lait tiède.

Capsules Clin au Gaïacophosphal

à ENVELOPPE MINCE de GLUTEN

Le Gaïacophosphal ou Phosphite neutre de Gaïacol possède les mêmes avantages que le Phosphotal.

DOSAGE { Les CAPSULES CLIN sont rigoureusement dosées à 0 gr. 15 de Gaïacophosphal par capsule.
Leur enrobage au gluten préserve l'estomac du malade. — 4 à 8 par jour aux repas.

CLIN & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

SIROP GROSNIER

Affections des Voies Respiratoires, Maladies de la Peau

MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.
.... A ces divers points de vue la préparation de Grosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.
Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire) DÉBIT DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN
SOURCE BADOIT L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac. Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1897.

Vin de Peptone Catillon
30 gr. viande, 0.40 Glycophosphate par verre à madère.
Régénère les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis.
Maladies d'Estomac et d'Intestin, Consommations, Inappétence, Enfants débiles, Convalescents, etc.

PEPTONE CATILLON

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter. Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
Agréable dans un grog ou du lait sucré, 2 à 4 cuil. par jour. — Lavement nutritif, 2 cuillerées, 125 eau, 5 gout. laudanum.
Paris, 3, Boulevard Saint-Martin, et Pharmacies. — ÉVITER LES IMITATIONS PLUS OU MOINS ACTIVES.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

ANÉMIE

CHLOROSE

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER

Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°
LE FLACON : 4 FRANCS

HÉMORRHAGIES

LYMPHATISME

SÉRUM

ANTISTREPTOCOCCIQUE

selon la méthode de D^r MARMORECK

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8, quai de Retz, LYON

IOD-ALBACIDE

COMBINAISON ALBUMINO-IODÉE

(Iodate d'Albumine)

Absorption rapide de l'Iode

PAS D'IODISME

Se recommande surtout dans le cas de médication iodée prolongée.

DOSE : 3 à 6 GRAMMES PAR JOUR (en Cachets, Comprimés ou Solution).



SYPHILIS

RHUMATISMES — ANGIOCLÉROSE — GOUTTE

Brochures et Échantillons sur demande.

Martin REINICKE, 39, Rue Sainte-Croix-de-la-Brettonnerie, PARIS 14

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

TÉLÉPHONE N° 807-63

TÉLÉPHONE N° 807-63

— ADMINISTRATION —
 GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, Éditeurs
ABONNEMENTS :
 Paris et Départements 7 fr.
 Étranger 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.
 3, RUE RACINE, Paris.

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN
 Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY
 Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laennec. Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER
 Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers.
E. BONNAIRE
 Professeur agrégé, Accoucheur de l'hôp. Lariboisière.
M. LETULLE
 Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. Boucicaut.
M. LERMOYER
 Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
E. DE LAVARENNE
 Médecin des Eaux de Luchon.
F. JAYLE
 Assist. de Gynécologie à l'hôp. Broca.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
 Secrétaire général
 F. JAYLE, Secrétaire
 J. BAROZZI — P. DESPOSES
 Secrétaires adjoints.
 Les Bureaux sont ouverts de 4 à 6 heures
 3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

OSTÉOMALACIE MASCULINE; DÉFORMATIONS EXTRÊMES DU SQUELETTE, par M. le professeur PAUL BERGER (avec 3 figures en noir) 313
LA FORMULE HÉMO-LEUCOCYTAIRE DE L'ÉRYTHROCYTE, par M. le professeur A. CHANTÉMESSE et M. E. REY (avec 13 tracés en noir et 7 planches en couleur) 316

CHIRURGIE PRATIQUE

Une suture sans fils perdus dite « à la machine à coudre », par M. P. IV. STOYANOV (avec 3 figures en noir) 319

ANALYSES

Parasitologie : Étiologie de la leucémie, par M. LEWITZ. 320
Thérapeutique et matière médicale : Sérum artificiel au saccharate de soude, par M. A. SCHÜCKING. 320
A propos des voyages médicaux aux eaux minérales françaises, par M. E. DE LAVARENNE 250

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

Société de chirurgie : Du traitement des hémorroïdes, M. POTIERAT, MM. POISSON, RECLUS, NIMIER, TUFFIER, FIGUËRE, TILLIAUX, POZZI, MONOD. — Traitement de l'hémorrhagie rétro-utérine, M. REYNIER, M. POZZI. — Différences consécutives à une luxation et une fracture de clavicule guéries par la résection d'une portion de la clavicule, M. RICHÉLON. — Gastro-entérostomie pour néoplasme de l'estomac, M. ROUTHIER, M. TUFFIER. — Immobilisation de pseudarthrose, M. SOULIGNOUX. — Lithopédion, M. POZZI. 251
Société médicale des hôpitaux : Un cas de mélanodermie arsenicale généralisée simulant la maladie d'Addison, MM. ESQUIÈZE et LEROUILLIET, M. MATHIEU. — Statistiques de tuberculose pulmonaire, M. BARBIER, M. JAQUET. — De l'hérédité dans une famille d'alcotiques, M. BARBIER. — La fièvre typhoïde à Paris de 1870 à 1899; rôle actuel des eaux de sources, M. THOUROT. — Un cas de spoudylose rhizomélque, M. MÉRY. 251
Société anatomique : Péricardite adhésive tuberculeuse, M. MINCOUCHE. — Cancer généralisé, M. FOSSARD. — Calcul du bassinot, M. FOSSARD. — Lymphadénite typique généralisée à début ganglionnaire, M. M. LABBÉ. — Lymphadénite ganglionnaire métatypique, MM. E. BEZANÇON et GRIFFON, MM. BEZANÇON et CLERIC. — Tuberculose primitive de la rate, M. LEFAS. — Transformation kystique de l'appendice, M. LEFAS. — Pigmentation cutanée, M. TRÉNEL. — Corne cutanée, M. MONTAUDO. — Épithéliome du fourreau de la verge, MM. AUVRAY et PASCAL. — Fibrome de la paroi abdominale, MM. AUVRAY et MARCILLE. 252

Voir les Nouvelles à la dernière page.

VICHY-CÉLESTINS
AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE
 (Angine de poitrine)
CONTREXEVILLE-PAVILLON

" PHOSPHATINE FALIÈRES " — Aliment des Enfants.
 VII^e ANNÉE. T. I. — N° 52. 1^{er} JUILLET 1899.

A PROPOS

DES VOYAGES MÉDICAUX AUX EAUX MINÉRALES FRANÇAISES

Depuis quelques années, il est beaucoup parlé, dans les milieux spéciaux intéressés à la question, de ce que l'on a appelé la *crise des stations thermales*. Cette expression est, sans aucun doute, exagérée. Qu'il y ait un temps d'arrêt dans le développement de nos stations thermales depuis une vingtaine d'années, que nos stations ne soient pas, sous bien des rapports, ce qu'elles pourraient et devraient être, qu'elles ne donnent pas, au point de vue économique, leur maximum de rendement : il n'y a aucun doute. Mais l'on ne peut pas dire qu'il y ait, à proprement parler, une *crise*, expression qui tendrait à faire croire que nos stations thermales sont en voie de décroissance, alors que quelques-unes sont, au contraire, en état de pro-

RENSEIGNEMENTS

Congrès International de Médecine professionnelle et de Dentologie médicale de 1900 à Paris. — M. le Prof. GRASSET (de Montpellier), chargé de pré-entendre à ce Congrès un rapport sur la dentologie médicale, serait heureux de recevoir de ses confrères, des Syndicats et des diverses Sociétés médicales de France et de l'Étranger, leurs avis, conseils et tous renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès. Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le prof. Grasset (6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier), avant le 1^{er} Septembre 1899.

Un interne des hôpitaux préparerait quelques candidats à l'externat. S'adresser au Journal (373).

Docteur connaissant plus particulièrement l'électrothérapie désirerait occupation quelques heures par jour. S'adresser aux bureaux du journal (380).

Externe des hôpitaux, sixième année d'études, ayant fait remplacements, désire encore remplacer docteur Paris ou province. S'adresser au journal (374).

Étudiant n'ayant plus que sa thèse à passer, demande à faire remplacement Paris ou province. S'adresser aux bureaux du journal (381).

Poste agréable à prendre aux environs de Paris, conditions très avantageuses. Dr P. (378) bureaux du journal.

Étudiant devant passer sa thèse en Novembre désire faire remplacement Paris ou province. S'adresser bureaux du journal (375).

gression, et que le plus grand nombre reste tout au moins stationnaire.

Si donc le temps d'arrêt constaté dans la marche de notre industrie thermique a pu faire parler de crise, ce n'est pas d'une crise réelle qu'il s'agissait, mais bien d'une crise relative, si l'on compare ce qui se passe en France avec ce qui s'est passé dans les pays voisins, surtout dans l'Europe centrale, depuis une trentaine d'années. De cette progression colossale de l'industrie thermique dans les pays allemands, on se rendra compte, quand on saura que, depuis dix ans, la clientèle a augmenté de 94 pour 100 à Ischl, de 70 à Baden d'Autriche, de 49 à Marienbad, de 173 à Nauheim, de 110 à Ems, de 40 à Wiesbaden, de 17 à Baden-Baden; et ces chiffres sont indiscutables; le système de la *curer-taxe* appliqué dans toutes ces stations permet de faire une statistique absolument exacte.

Cette statistique, les documents nous manquent pour l'établir en France, et, ce que nous pouvons dire de l'industrie thermique ne repose que sur des enquêtes faites dans chaque station. Or, de ces enquêtes, il résulte que les stations françaises, qui, après un essor considérable, de 1845 à 1870, avaient continué à progresser jusqu'en 1880, sont, à quelques exceptions près, restées depuis lors au même point.

Il serait, assurément, très intéressant d'étudier les diverses causes qui ont pu amener cette énorme progression de l'industrie thermique allemande et d'y rechercher l'enseignement de ce qui pourrait être appliqué chez nous, mais c'est une étude spéciale que je ne puis aborder aujourd'hui; je veux dire seulement quelques mots des causes du temps d'arrêt constaté en France et attirer l'attention sur l'un des moyens qui pourraient aider à reprendre la marche en avant.

Il me semble que, pour bien juger la question, il faut envisager le point de vue économique et le point de vue scientifique.

Au point de vue économique, que voyons-nous?

A partir de 1885 une crise industrielle et commerciale sévit, pour des raisons diverses, sur les pays étrangers qui fournissaient la plus grande partie de notre clientèle exotique : toutes les puissances du Centre-Amérique, le Brésil, le Chili et le Pérou, la République-Argentine, puis, en Europe, le Portugal, l'Empire Ottoman, l'Espagne, enfin, ont été tour à tour aux prises avec les plus grandes difficultés financières.

En France, nous avons eu, dans nos finances, les

CARABANA Purgation pour régime. Congestion, Constipation.

BORICINE MEISSONNIER Antiseptique de la peau et des muqueuses.

ST-LÉGER TONI-ALCALINE

VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.

HÉMONEUROL COGNET
 Oxyhémoglobine, Kolanine et Glycérophosphate de Chaux.
RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

VER SOLITAIRE
 Guérison par les GLOBULES DE SECRETAN
 A l'Extrait vert étheré des Rhizomes frais de Fougère mâle des Vosges.
 Adoptés dans les Hôpitaux de Paris. — Dans toutes les Pharmacies.

désastres du Krach de 1883 et du Panama; dans notre agriculture, le phylloxera qui, pendant plusieurs années, a ruiné presque un tiers de la France; dans notre commerce, les changements de traité, le protectionnisme à outrance, qui a compromis la fortune de nos grands ports de mer sans enrichir notre agriculture toujours à la merci des mauvaises récoltes; dans notre industrie, la lutte avec les pays voisins, qui n'est pas toujours restée à notre avantage.

Quoi d'étonnant à ce que dans ces conditions nos villes d'eaux n'aient pas continué à progresser? Il ne pourrait en être autrement et tout ce qu'on pu faire la facilité donnée aux moyens de communication, aux voyages, aux stations thermales, les efforts faits pour y rendre la vie plus agréable, plus confortable et moins coûteuse, n'a pu aboutir qu'à maintenir *la statu quo*.

En se plaçant au point de vue scientifique, l'état stationnaire est aussi facile à comprendre.

Depuis vingt années les doctrines médicales se sont absolument transformées, la pratique de la chirurgie a étendu son champ d'action jusqu'aux plus extrêmes limites. Au cours de cette évolution, basée sur l'expérimentation, les eaux minérales, moyen thérapeutique reposant surtout sur l'empirisme, ne pouvaient que perdre du terrain.

Et, en effet, nombre d'affections chroniques devenaient du ressort de la chirurgie, qui, auparavant, étaient passibles du seul traitement par les eaux minérales. D'autre part, les doctrines microbiennes orientaient tout autrement la thérapeutique qui, dès lors, s'attaquant surtout à la cause des maladies, négligeait par trop le terrain sur lequel ces maladies se développent. Or, c'est au terrain surtout que les eaux minérales s'adressent.

Et puis, il faut bien le dire, il est en tout des questions de mode. Or, dans les milieux médicaux, il était de tradition de traiter avec indifférence les cures thermales. Que l'on prenne les traités de médecine et de chirurgie les plus complets et l'on verra quelle part infime est faite, à l'article thérapeutique des maladies, à ce moyen naturel dont la tradition nous affirme cependant la puissance: les Eaux minérales.

Il est vrai que nul enseignement ne prépare le médecin à la connaissance de cette méthode thérapeutique et que, s'il veut la connaître, s'il veut savoir l'appliquer au traitement des malades qui la lui réclament, il doit faire lui-même son éducation.

Pour cela, il a bien en mains quelques traités spéciaux, même, il a bien de nombreuses monographies sur chaque station, mais il lui est fort difficile d'en tirer, lui-même, sans guide, les conclusions pratiques. Cependant, tout praticien se livrant à la clientèle ne peut ignorer, sans préjudice pour lui, l'action des Eaux minérales. Force lui est donc d'aller les apprendre lui-même sur place. Et, de fait, c'est ce à quoi nous assistons, nous autres médecins des villes d'eaux, ayant à guider journellement des confrères qui viennent auprès de nous s'instruire.

Mais des voyages ainsi faits aux Eaux minérales ne laissent pas de s'être relativement difficiles; ils ne sont pas à la portée de tous. Aussi, est-ce imbu de leur utilité qu'un de nos excellents amis, M. Carron de la Carrière a eu l'idée d'organiser des voyages aux Eaux minérales, et nous publions aujourd'hui, encarté dans ce numéro, le programme de celui qui doit avoir lieu en Septembre de cette année.

Je n'ai pas à dire avec quelle méthode il a été organisé; cela ressort de la lecture seule du programme, mais je tiens à faire ressortir le côté scientifique de ces voyages.

On sera heureux de constater d'abord qu'ils se font sous le patronage des hommes les plus compétents de la Faculté de Paris et des hôpitaux, qui ont voulu ainsi montrer tout l'intérêt qu'ils portaient à l'œuvre. On verra aussi qu'une part considérable y sera faite à l'enseignement; pour donner une preuve, en effet, de toute l'importance qu'avaient les Eaux minérales dans la thérapeutique, se plaçant au point de vue d'un patriotisme élevé, le professeur Landouzy a bien voulu se charger de faire sur place, au cours du voyage, le résumé synthétique des ressources et des indications de chaque station. Ceux qui prendront part à ces voyages rentreront donc chez eux imbus d'idées théoriques et pratiques leur permettant de retirer des Eaux minérales tout ce qu'elles peuvent donner à la thérapeutique; et, quand ils auront ainsi parcouru les diverses régions de notre pays sous la direction de maîtres dévoués,

ils seront convaincus des richesses que possède la France en Eaux minérales, richesses telles que nulle part au monde on ne peut en trouver de semblables.

E. DE LAVARENNE.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

28 Juin 1899.

Du traitement des hémorroïdes. — M. Potherat. J'ai obtenu de bons résultats, dans la cure des hémorroïdes, de l'ignipuncture et de la volatilisation. J'ai eu recours aussi à l'opération de Whitehead, mais, comme elle est, sinon difficile, au moins délicate et qu'elle nécessite des conditions d'assistance et de milieu particulières, je la réserve aux cas exceptionnels où les hémorroïdes forment comme un bourrelet circulaire continu. Dans la majorité des cas, je saisis le paquet hémorroïdaire entre le pouce et l'index et je le transperce par le milieu avec une aiguille de Reverdin qui ramène une anse double de soie avec laquelle je fais la ligature, comme pour un pédicule ovarien. La double ligature bien faite et bien serrée, j'exécute avec ciseaux la portion périphérique de la masse hémorroïdaire. Je répète la manœuvre sur un autre paquet, et cela autant de fois qu'il est nécessaire.

M. Poirier. Ayant rétréci un bourrelet hémorroïdaire circulaire, j'ai vu survenir quelque temps après un rétrécissement très serré de l'anus, qui pouvait à peine admettre une plume d'oie. Aussi je me demande s'il ne faut pas ménager des points cutané-muqueux.

M. Reclus. Autrefois je maintenais des points cutané-muqueux, mais maintenant je n'hésite pas à enlever des bourrelets hémorroïdaire circulaires sans conserver de points cutané-muqueux, et je n'observe pas de rétrécissements.

M. Nimier. J'ai observé également des rétrécissements; aussi je suis resté fidèle aux anciennes méthodes: dilatation et thermocauté.

M. Tuffier. Ou le malade suppure ou ne suppure pas; s'il y a réunion par première intention de la peau de la muqueuse, il n'y aura pas de rétrécissement. Les mauvais résultats me paraissent résulter des supurations.

M. Poirier. Le dilemme de M. Tuffier me paraît trop strict; je mets en fait qu'il est impossible dans tous les cas d'obtenir des réunions par première intention; aussi je conserverai toujours des points cutané-muqueux.

M. Picqué. J'ai toujours obtenu des réunions par première intention, mais les résultats exigent pour être parfaits des soins post-opératoires minutieux.

M. Tillau. Je crois qu'une cause de rétrécissement est l'ablation d'une partie de la peau; ce qu'il faut chercher à ménager; c'est la peau du pourtour de l'anus. Si on enlève la peau circulairement on aura des rétrécissements.

M. Tuffier. Je crois qu'on peut avoir des rétrécissements sans intéresser la peau; le point capital à obtenir c'est une aseptie aussi parfaite que possible.

M. Pozzi. L'essentiel est de ne pas faire de plaie circulaire; aussi je crois que l'ignipuncture est à l'abri de tous les dangers et doit être le procédé de choix.

M. Monod. Les hémorroïdes sont une affection simple auxquelles il faut opposer des moyens simples. L'opération de Whitehead me paraît être un moyen d'exception. Tous les moyens peuvent donner de bons résultats, mais je pense que les opérations partielles sont le moyen qui doit rester le plus répandu.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — M. Reynier. Je viens d'avoir l'occasion d'observer deux cas d'hématocèle très grave consécutive à l'ouverture, une fois par le vagin et une autre fois par la voie iliaque d'hématocèle rétro-utérine. Je n'ai sauvé mes malades que parce que j'ai pu ouvrir le ventre, et ces deux cas me confirment dans l'idée que j'ai déjà soutenue ici, que la laparotomie franche est le seul mode rationnel de traitement de l'hématocèle rétro-utérine. J'affirme, d'ailleurs, que ces cas d'hématocèle ne sont pas exceptionnels, et, quand on en a été témoin, on ne regarde plus l'incision vaginale comme une opération merveilleuse, comme il a été dit.

M. Pozzi. Nombre de fois j'ai ouvert par le cul-de-sac postérieur des hématocèles habitées; quand j'ai eu une hémorragie, j'ai toujours pu l'arrêter par le tamponnement.

Différence consécutive à une luxation et une fracture ancienne de la clavicule guérie par la résection des deux tiers internes de cet os. — M. Richelot lit un rapport sur une observation de M. Morestin, concernant une fracture et une luxation de l'extrémité interne de la clavicule, chez une jeune femme ayant laissé une difformité choquante. M. Morestin fit la résection d'une portion de la clavicule et obtint un résultat parfait.

Gastro-entérostomie pour néoplasme de l'estomac. — M. Rouvier présente une malade à laquelle il a pratiqué le 17 Mai une gastro-entérostomie pour un néoplasme inextirpable de l'estomac. La malade a augmenté de 6 kilogrammes depuis l'opération.

M. Tuffier fait remarquer que cet excellent résultat immédiat ne saurait être mis en comparaison des succès de la gastrectomie, qui reste l'opération de choix, en pareil cas, toutes les fois qu'elle est possible.

Immobilisation de pseudarthrose. — M. Souligoux présente un malade sur lequel il a fait une tentative d'immobilisation de pseudarthrose.

Lithopédion. — M. Pozzi présente un lithopédion qu'il a extirpé au cours d'une laparotomie. Les anamnétiques fournis par la malade permettent de lui assigner une date de sept années.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

30 Juin 1899.

Un cas de mélanodermie arsenicale généralisée simulant la maladie d'Addison. — MM. E. Enriquet et P. Lereboullet présentent un malade atteint de mélanodermie généralisée qui semble due à un traitement arsenical prolongé. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, paraissant indemne de tuberculose, qui, en Octobre 1897, fut soumis au traitement arsenical pour un eczéma des pieds et des mains dont il était atteint pour la première fois et qui s'accompagnait d'asthénie légère et d'amaigrissement progressif. Il prit depuis cette époque jusqu'à notre examen, c'est-à-dire pendant dix-huit mois, seize gouttes de liqueur de Fowler par jour, sans discontinuer. Six mois après le début du traitement, apparition d'une pigmentation cutanée qui s'est rapidement généralisée; on croit à une maladie d'Addison et on continue le traitement.

La mélanodermie s'est accentuée depuis, mais ne s'est pas accompagnée d'asthénie marquée, ni de troubles gastro-intestinaux, ni de douleurs lombaires. Au début du mois de Juin, elle occupait tout le corps, mais ne présentait pas une teinte uniforme: ici, fauve ou brune, là, ardoisée ou presque noire. Sur le fond pigmenté se détachaient soit des taches plus foncées analogues à des grains de tabac, soit des taches plus claires du volume d'une lentille. Très nombreuses, donnant à la peau un aspect finement moucheté, ces taches prédominent au tronc, à l'abdomen et à la racine des membres. Sur l'ensemble, la mélanodermie est plus marquée dans ces régions avec accentuation aux plis de flexion des membres. A la face, elle est uniforme et moins accentuée; aux avant-bras et aux jambes, elle est apparente, mais peu prononcée; elle est relativement presque nulle aux mains et aux pieds; enfin les organes génitaux et surtout la peau du scrotum paraissent moins pigmentés que la peau avoisinante. Une petite tache pigmentaire se voit sur la lèvre inférieure, et enfin on constate une légère teinte ardoisée des commissures: il n'y a rien à la face interne des joues. La peau des mains et celle des pieds offre un état lichénoïde très net.

Si l'amaigrissement a été assez considérable depuis deux ans, néanmoins l'embonpoint reste encore assez marqué.

La mélanodermie avec cet aspect tacheté et comme léopardé rappelle de très près celle que M. Mathieu a observée dans un cas de mélanodermie nettement arsenicale. La cessation du traitement semble d'ailleurs l'avoir manifestement diminué, en même temps que disparaissaient la conjonctivite et la sécheresse de la gorge.

Cette observation nous a paru intéressante à publier à plus d'un titre:

1^o A cause de la difficulté très réelle de diagnostic entre ce cas de mélanodermie et celle de la maladie d'Addison;

2^o La ressemblance parfaite de notre cas avec celui de M. Mathieu, ressemblance reconnue par M. Mathieu lui-même;

3^o La dose relativement faible de liqueur de Fowler qui a suffi chez notre malade à déterminer cette pigmentation généralisée, rappelle une fois de plus combien il faut toujours compter en clinique avec les réactions individuelles dans l'emploi de tout médicament.

En ce qui concerne plus spécialement l'arsenic, c'est là un enseignement qu'on est en droit de rappeler quand on songe aux doses fantaisistes qu'une méthode récemment préconisée propose d'injecter à l'homme sous forme de cacodylate de soude.

M. Mathieu. Il y a entre ce malade et celui dont l'observation a été rappelée une telle analogie qu'il est facile de reconnaître son affection au plus rapide examen.

Statistiques de tuberculose pulmonaire. — M. Barbier. D'après les statistiques que j'élabore depuis longtemps à la consultation de l'hôpital Bichat, on peut relever dans l'étiologie de la tuberculose deux facteurs importants:

1^o L'immigration à Paris: 70 sur 100 de mes tuberculeux sont de nouveaux arrivés dans notre ville;

2^o L'alcoolisme: 98 sur 100 tuberculeux sont alcooliques.

M. L. Jacquet. Les faits et les chiffres de M. Barbier sont des plus importants: la proportion de 98 alcooliques sur 100 phthisiques observés dans les hôpitaux est bien celle que j'ai relevée moi-même dans une note que je vous ai communiquée et celle que je retrouve dans les statistiques envoyées par plusieurs de nos col-

legues, pour concourir à l'enquête sur l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens, dont nous vous indiquerons ultérieurement les résultats. A noter aussi que presque tous ces malades sont buveurs d'absinthe.

Ces chiffres sont intéressants à rapprocher des observations de Tatham faites sur l'ensemble de la mortalité anglaise : toutes les professions qui gravitent autour de l'alcool présentent une prédominance considérable de la phthisie. L'alcool est donc *bacillophile* ou *bacillicole* à un degré beaucoup plus élevé qu'on ne le croit généralement, et j'ai été stupéfait du peu de place qu'a tenu l'alcoolisme dans les discussions récentes du Congrès de Berlin.

J'ajoute que de toutes parts on parle de sanatoriums pour les tuberculeux, c'est-à-dire d'un accroissement énorme de nos charges ; c'est fort bien ; mais je ne puis m'empêcher de faire ressortir l'abominable hyproisie sociale qui consiste à soigner, à grands frais, des phthisiques qu'on guérira rarement du reste, tandis que, par la liberté absolue de l'empoisonnement alcoolique et absinthique, on fait tout ce qu'on peut pour en augmenter le nombre.

De l'hérédité dans une famille d'alcooliques. — M. Barbier. L'influence kératogène de l'alcool et des essences est connue, plusieurs exemples le prouvent ; en voici un nouveau : un alcoolique, ou mieux un ab-inthique procuré une descendance dans laquelle on relève : quatre enfants atteints de déformations congénitales multiples, et un seul normalement constitué. De plus, la femme de cet alcoolique fit une grossesse gémellaire.

Cet homme buvait surtout de l'absinthe et dans des proportions incroyables ; cet exemple prouve donc encore, de même que les expériences de Féré, l'influence particulièrement néfaste de l'absinthe.

La fièvre typhoïde à Paris de 1870 à 1899 ; rôle actuel des eaux de source. — M. Thoinot. L'histoire de la fièvre typhoïde à Paris depuis 1870 jusqu'à maintenant prouve que cette maladie a persisté.

Deux raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce fait :

1^o La quantité d'eau de source est insuffisante encore et force est de distribuer encore de l'eau de Seine, au moins à titre temporaire pendant les périodes de sécheresse estivale ;

2^o Nos eaux de source ne sont pas irréprochables et leur accès n'est pas suffisamment interdit, au bacille d'Eberth. Ceci ressort clairement de l'étude approfondie de leur origine, de leur situation, de leurs modes de protection, et des dangers auxquels elles sont exposées. De plus, la réaction de nos eaux de source sur le sujet en expérience, le consommateur parisien, démontre leur nocuité : de 1894 à 1899, nos diverses eaux de source ont toutes à leur actif de cas de fièvre typhoïde.

Il serait temps que chaque membre de la Société fit une enquête, qu'à chaque cas fût faite une analyse de l'eau coupable ; on parviendrait ainsi à faire un dossier avec lequel on pourrait lutter pour rayer la fièvre typhoïde du nombre des maladies parisiennes.

Un cas de spondylose rhizomérique. — M. Méry présente à la Société un malade qui peut être comparé à ceux de M. Marie. On trouve chez lui l'ankylose de la colonne vertébrale peu marquée à la partie supérieure de la colonne cervicale, l'ankylose de l'articulation coxo-fémorale, l'intégrité des petites articulations. Les épaules ont été touchées, mais passagèrement. On ne trouve pas chez lui l'existence de productions osseuses de nouvelle formation : la radiographie permet de l'affirmer, il se distingue en cela des malades observés par M. Marie, et se rapproche de celui de MM. Raymond et Guene. On peut donc distinguer deux variétés de spondylose : la variété ne s'accompagnant pas de néoformation osseuse serait la seule susceptible d'amélioration et de régression.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

30 Juin 1899.

Péricardite adhésive tuberculeuse. — M. Mirouche présente le cœur d'un enfant de quatorze ans, mort de méningite tuberculeuse dans le service de M. Moizard. On constate une symphyse péricardique totale, de nature tuberculeuse, et des lésions de foie muscade, témoignant, au microscope, d'un processus de cirrhose cardio-tuberculeuse arrêté dans son évolution par l'épisode méningitique.

Cancer généralisé. — M. Fossard apporte des pièces d'une femme de vingt-quatre ans, à l'autopsie de laquelle on a trouvé des tumeurs réparties dans les différents organes, et des nodosités disséminées à la surface des séreuses. Il s'agit, ou d'un sarcome à point de départ ovarien, ou d'un épithéliome qui aurait débuté au niveau de la vésicule biliaire. L'examen histologique résoudra le problème.

Calcul du bassin. — M. Fossard a trouvé un calcul de 6 gr. 80 enclavé dans le bassin d'un rein presque complètement détruit et entouré d'une grosse masse scléro-lipomatueuse. L'autre rein était hypertrophié et indemne de lithiase.

Lymphadénie typique généralisée à début ganglionnaire. — M. M. Labbé présente les pièces

histologiques d'un cas de lymphadénie généralisée. L'architecture des ganglions est complètement modifiée ; il n'y a plus de follicules, ni de voies lymphatiques. Ces organes sont constitués par un réticulum normal, dans lequel sont plongés des leucocytes sans aucune orientation fonctionnelle des cellules. La malade étant morte d'érysipèle, les ganglions correspondaient à la région atteinte présentent des lésions de dégénérescence cellulaire et sont le siège d'une infection secondaire par de très nombreux streptocoques.

Un des ganglions bronchiques présentait, sur un point, quelques follicules tuberculeux. Ces deux faits montrent la facilité avec laquelle se laissent infecter les ganglions lymphadéniques.

La rate est sclérosée et parsemée d'amas de lymphocytes représentant les restes des corpuscules de Malpighi.

Le foie présente des amas de lymphocytes, développés au niveau des espaces portes, dans la gaine lymphatique périvasculaire. Le rein offre également quelques lymphomes. La moelle des os est remarquable par sa richesse en lymphocytes qui l'emportent par leur fréquence sur les autres cellules. Le sang contenait 130.000 globules blancs par millimètre cube, sur lesquels il y avait 92 pour 100 de lymphocytes et de nombreux globules rouges à noyaux.

Lymphadénie ganglionnaire métatypique. — MM. F. Bezançon et Griffon. Au cas présenté par M. Labbé, qui constitue un exemple de lymphadénie typique, nous opposons un cas, dont nous apportons les pièces, de lymphadénie ganglionnaire métatypique. Il s'agissait d'un malade de vingt-sept ans qui présentait, dans la région du cou et dans la région du médiastin, d'énormes tumeurs lymphadéniques, avec des noyaux métastatiques dans la rate et au niveau de la queue du pancréas.

Cette lymphadénie ne s'était pas accompagnée de leucémie ; il y avait seulement 19.000 globules blancs dont la proportion des diverses variétés était sensiblement normale.

Le malade mourut, dix-huit mois après le début, de pleuro-péricardite purulente à streptocoques, suivie d'érysipèle.

Toutes les tumeurs se présentent selon le même type : l'architecture normale du ganglion a disparu ; on ne trouve plus qu'une nappe de tissu réticulé, cloisonnée par d'épaisses travées fibreuses qui s'anastomosent et dessinent des lobules. Ces lobules sont constitués par un réticulum très épais qui contient, dans ses mailles, à la périphérie, des leucocytes mononucclés, régulièrement disposés, ressemblant aux plasmazellen (cellules à protoplasma fixant les colorants basiques, noyau arrondi excentrique), et, au centre, de très volumineuses cellules, les unes à noyau vésiculeux, oédémateux, les autres à noyau mûriforme comme les cellules de la moelle des os. Beaucoup de ces cellules sont en karyokinèse, d'autres présentent dans leur intérieur des inclusions cellulaires comme les cellules du carcinome. Il n'y avait ni leucocytes polynucléaires, ni cellules éosinophiles.

MM. Bezançon et Clerc reviennent, à propos des deux précédentes communications, sur la structure histologique d'un cas de lymphadénome du médiastin antérieur présenté par M. Clerc, à la Société en Novembre 1898. Comme dans le cas précédent, il s'agit de lymphadénome métatypique. Là encore, de grosses travées fibreuses délimitent des lobules dans lesquels, surtout à la périphérie, le réticulum est extrêmement épais. Les cellules contenues dans les mailles sont des lymphocytes, mais surtout des grandes cellules que l'on ne retrouve pas dans les ganglions normaux : cellules à noyau vésiculeux, cellules à noyau mûriforme ou multiple comme les cellules de la moelle des os ; cellules éosinophiles enfin. Ces cellules sont surtout en grand nombre à la périphérie du lobule.

Tuberculose primitive de la rate. — M. Lefas montre la rate de la malade dont il a présenté l'observation, avec M. Moutard-Martin, à la Société médicale des hôpitaux ; il s'agit d'un cas de splénomégalie primitive de nature tuberculeuse, sans bacilles visibles au microscope.

Transformation kystique de l'appendice. — M. Lefas, à l'autopsie d'une malade morte de cancer utérin ayant comprimé les uretères et déterminé de l'hydronéphrose, a trouvé un appendice transformé en cavité kystique remplie de mucus et reliée au caecum par un pédicule fibreux.

Pigmentation cutanée. — M. Trenel montre des coupes de la peau d'une malade qui présentait deux zones de pigmentation, l'une au niveau du cou, l'autre au niveau de l'abdomen, et deux placards de vitiligo, et qui, à l'autopsie, portait un foie gras. On voit du pigment dans les cellules profondes de l'épiderme et autour des vaisseaux dans le derme.

Corne cutanée. — M. Monthus apporte une volumineuse corne de 13 centimètres, qu'une femme de quatre-vingt-deux ans portait au-dessus du sourcil, et qui avait débuté il y a dix ans.

Les coupes microscopiques montrent qu'il s'agit d'un papillome à globes épidermiques.

Epithélioma du fourreau de la verge. — MM. Au-

ray et Pascal présentent le moulage, avant et après l'opération, d'un cas d'épithélioma du fourreau de la verge, qui avait envahi la partie supérieure des bourses et touché les ganglions inguinaux.

Fibrome de la paroi abdominale. — MM. Au-ray et Mercille montrent des coupes d'un fibrome de la paroi abdominale, qui siégeait très haut, sur une ligne allant de l'épine iliaque à l'ombilic.

V. GRIFFON.

FACULTÉ DE PARIS

Chaire d'histoire de la médecine. — M. Brissaud, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Concours du Clinat (Accouchement). — Sont nommés chefs de clinique : MM. Schwab et Paquy ; et chef de clinique adjoint : M. Macé.

NOUVELLES

Paris et Départements.

Université de Paris. — Il est créé, à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, une chaire de physique (fondation de l'Université de Paris).

Conseil de l'Université. — Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni lundi matin.

M. Gréard, vice-recteur, a communiqué la décision de la Faculté de médecine, qui délègue M. le professeur Fournier à la conférence médicale de Bruxelles (Septembre 1899).

Le Conseil s'est occupé, en fin de séance, de la question des droits à percevoir pour le doctorat d'Université et du règlement intérieur de la Bibliothèque de la Faculté de médecine.

Laboratoire d'histologie du Collège de France.

— M. Jolly commencera, le samedi 14 Octobre, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : Officiers de l'Instruction publique : MM. de Grissac, à Argenteuil ; Richard, médecin principal de 1^{re} classe ; Jablonski, médecin du lycée de Poitiers ; Roland, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Officiers d'Académie : MM. Dubrulle, médecin-major de 1^{re} classe, major de l'École d'application du service de santé militaire ; Cibiel, à Lusignan (Vienne).

Syndicats médicaux. — Les collèges électoraux convoqués par arrêté ministériel pour les dimanches 2, 9 et 16 Juillet, à l'effet d'élire les représentants au Conseil supérieur de la mutualité des sociétés de secours mutuels et des syndicats médicaux, se réuniront de 9 heures du matin à 4 heures du soir dans leurs salles de scrutin respectives.

Le Journal officiel publie un règlement d'administration publique pour l'élection d'un représentant des syndicats médicaux au conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Les syndicats médicaux sont convoqués pour le 9 Juillet à l'effet d'élire leur représentant.

Appels des médecins de la réserve et de la territoriale en 1899. — Le ministre de la Guerre a décidé que le nombre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1899 serait fixé comme suit :

Reserve : Médecins-majors de 2^e classe, 3 ; médecins aides-majors de 1^{re} classe, 40 ; médecins aides-majors de 2^e classe, 348.

Armée territoriale : Médecins-majors de 2^e classe, 39 ; médecins aides-majors de 1^{re} classe, 120 ; médecins aides-majors de 2^e classe, 121.

Corps de santé de la marine. — Sont promus au grade de médecin principal, MM. Hervé et Doué ; au grade de médecin de 1^{re} classe, MM. Porquier, Palasne de Champeaux et Mialaret.

L'état sanitaire. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 25^e semaine, 886 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente, 876, et de la moyenne ordinaire de la saison, 862.

La fièvre typhoïde n'a causé que 8 décès, au lieu de 20 pendant la semaine précédente. En outre le nombre des cas nouveaux de maladie est en diminution.

La rougeole, toujours fréquente en juin, a causé 30 décès, chiffre voisin de la moyenne (25). La scarlatine a causé 7 décès au lieu de 10 la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux de maladie est en légère diminution. La coqueluche a causé 6 décès (au lieu de la moyenne 8), et la diphtérie, 11.

La grippe a encore causé un décès.

La réforme des expertises médico-légales. — La Chambre des députés a délibéré, dans sa séance du 29 Juin, sur la proposition de loi de M. J. Cruppi, ayant pour objet la réforme des expertises médico-légales.

Les articles 1 et 2 du projet ont été adoptés. L'article 3 a été réservé pour une prochaine délibération.

L'Editeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — L. MARETHUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CREOSOTE
 Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CREOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et PHARMACIES.

ANESTHÉSIE LOCALE — NEURALGIES



Chlorure d'Ethyle pur. — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
 Prix : Le flacon, 1 fr. 25.

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
 au GLYCÉRO-PHOSPHATE DE CHAUX
 Prix : Le flacon, 2 francs.

CONSTIPATION
RICINOSE GAUTHIER
 au principe actif du Ricin. — Purgatif à la dose de 2 pilules matin et soir.
 Laxatif : 1 pilule matin et soir. — Chaque Pilule représente 10 gr. d'Huile de Ricin.
 La Boîte de 60 pilules : 3 fr. — Ph^e GAUTHIER ROBERT, 33, Rue Rochechouart, Paris.

Affections d'Estomac, Manque de Forces, Anémie et suites de Fièvres

QUINA-LAROCHE

16.600 fr. de récompense

LE MÊME **FERRUGINEUX** Sang décoloré, etc.) Paris, 23 et 19, rue Drouot. (Lymphatisme, etc. **PHOSPHATÉ** LE MÊME

Six grandes Médailles d'OR

LYSOL ANTISEPTIQUE. — Échantillon franco à S.M. les Médecins qui en font la demande.
 22 et 24, PLACE VENDÔME

BRONCHITE CHRONIQUE — CATARRHE — EMPHYSÈME
GRIPPE — PHTISIE

CAPSULES MONTEGNIET
 (4 à 6 par jour)
 Bromoforme, Benzoate de Soude, Aconit.

Le Bromoforme est éliminé par les poumons; anesthésique et antiseptique, il calme la toux et s'oppose au développement des germes infectieux.

SIROP MONTEGNIET spécial contre la **COQUELUCHE**

A. FOURIS, 5, Rue Lebon, PARIS

IOD-ALBACIDE

COMBINAISON ALBUMINO-IODÉE
 (Iodate d'Albumine)
 Absorption rapide de l'Iode
PAS D'IODISME

Se recommande surtout dans le cas de médication iodée prolongée.

DOSE : 3 à 6 GRAMMES PAR JOUR (en Cachets, Comprimés ou Solution).

SYPHILIS

RHUMATISMES — ANGIOCLÉROSE — GOUTTE

Procédés et renseignements sur demande.
Martin REINICKE, 33, Rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

Reproduction, en réduction, d'une Ordonnance faite sur la **Machine à écrire "REMINGTON", n° 7**
 Caractères "PICA" — Clavier médical.
 Pour Catalogues et tous détails complémentaires, s'adresser :
WYCKOFF, SEAMANS & BENEDICT, 8, boulevard des Capucines, PARIS

1^o Prendre matin et soir, dans une tasse de tisane de tilleul chaude, quinze gouttes du mélange suivant :

Teinture de Belladone	5g'
Alcoolature de Racines d'aconit	5g'

2^o Se gargariser toutes les heures avec un verre d'eau tiède, additionné d'une demi-cuillerée à café de :

Alcool à 90°	100g'
Salol	4g'
Saccharine	0g' 50
Teinture de vanille	5g'
Essence de menthe	5g'
Carmin pulvérisé qs pour colorer	5g'

3^o Appliquer matin et soir au devant de la poitrine un cataplasme sinapisé très chaud, pendant dix minutes.

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)
SOURCE BADOIT
 L'EAU DE TABLE SANS RIVALE. — La plus Légère à l'Estomac.

DERIVÉ DE LA SOURCE : 30 Millions de Bouteilles PAR AN
 Déclarée d'Intérêt Public
 Décret du 12 Août 1897.

EN CETTE SAISON

SOLUTION BOURGUIGNON

REPLACE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

AU CHLORHYDRO PHOSPHATE DE CHAUX TITRÉ et CHIMIQUE PUR

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.